



HAL
open science

La qualification de l'environnement professionnel dans l'activité des dirigeants : le cas de l'hôpital de Curicó au Chili

Sandra Alvear-Vega

► **To cite this version:**

Sandra Alvear-Vega. La qualification de l'environnement professionnel dans l'activité des dirigeants : le cas de l'hôpital de Curicó au Chili. Education. Conservatoire national des arts et métiers - CNAM, 2011. Français. NNT : 2011CNAM0741 . tel-00598485

HAL Id: tel-00598485

<https://theses.hal.science/tel-00598485>

Submitted on 6 Jun 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



ÉCOLE DOCTORALE ARTS ET METIERS

CENTRE DE RECHERCHE SUR LA FORMATION

THÈSE présentée par:
Sandra ALVEAR VEGA

Soutenue le : **05 janvier 2011**

pour obtenir le grade de : **Docteur du Conservatoire National des Arts et Métiers**

Discipline/ Spécialité : **Sciences de l'Éducation- Formation des Adultes**

**LA QUALIFICATION DE
L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL
DANS L'ACTIVITÉ DES DIRIGEANTS. LE
CAS DE L'HÔPITAL DE CURICÓ, AU CHILI**

THÈSE dirigée par :

Monsieur Barbier Jean -Marie, professeur au Cnam, directeur de thèse.

JURY :

Madame Cros Françoise, professeur au Cnam, à l'INRP- Cnam, rapporteur.

Monsieur Mispelblom Frederik, professeur à l'Université d'Evry, rapporteur.

Monsieur Kaddouri Mokhtar, MCF HDR au Cnam, membre du jury.

Monsieur Obertelli Patrick, professeur à l'École Centrale Paris, membre du jury.

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des enseignants, chercheurs et doctorants du Centre de Recherche sur la Formation du CNAM pour leurs apports et leurs conseils avisés.

Je remercie Monsieur Jean-Marie BARBIER, directeur de ma thèse, pour la pertinence de ses conseils théoriques et méthodologiques et la confiance qu'il m'a accordée.

Je remercie sincèrement l'Université de Talca, de m'avoir donnée l'opportunité de venir en France pour réaliser mes rêves professionnels et découvrir de nouveaux horizons.

Je remercie mes parents pour leur soutien et leur compréhension, ainsi que ma sœur Paula de m'avoir accompagnée et encouragée à suivre le chemin de ma thèse.

Je remercie mes amis : Denise et Paule-Serge GOTTELAND, de m'avoir accueillie, accompagnée et protégée dans cette expérience de vie, dès le premier jour de mon arrivée en France.

Je remercie mes amis, et tout particulièrement, Marie-Laure VITALI, Martha ARCINIEGAS et Edgar OTÁLORA de m'avoir apportée, amitié, générosité, et bonheur, tout au long de ce parcours doctoral. Ils m'ont aidée à surmonter des moments de découragement et j'ai pu, grâce à ce soutien, reprendre la confiance nécessaire pour achever ma thèse.

Résumé

Le principal apport de cette thèse est de contribuer à la compréhension d'une dimension de la professionnalisation du dirigeant de santé, l'activité. Une bonne partie de la formation des dirigeants peut reposer sur une analyse, par eux-mêmes, de leurs propres activités en situation.

Cette recherche est un apport de la Formation des Adultes pour les Sciences de Gestion : comprendre l'activité de qualification, activité faite par les dirigeants dans leur quotidien de travail.

Les activités de qualification des dirigeants sont des activités discursives et sociales. À travers l'activité de qualification l'environnement professionnel se trouve modifié ou reconstitué. Pour atteindre les objectifs de l'organisation, le dirigeant cherche à influencer autrui, ses collaborateurs, au travers des «jugements de valeur » qu'il formule.

L'activité de qualification du dirigeant de santé est comprise à partir d'une entrée complémentaire de celle de la Théorie Managériale. Elle est comprise du point de vue microsocial, spécifiquement de la Théorie de l'Activité et de la Théorie Cognitive de l'Apprentissage. Elle s'appuie méthodologiquement sur la courante théorique de la pragmatique discursive, dans une démarche de la pragmatique du discours, c'est-à-dire, sur des observations détaillées du terrain de ce que les dirigeants disent en interaction avec leurs collaborateurs, dans un contexte, taille et type d'organisations déterminés : l'hôpital de la ville de Curicó ou Chili.

Nous avons conclu que les activités de qualification sont des requalifications pour les autres. C'est une façon de prendre le pouvoir sur l'environnement du travail et une appropriation dudit environnement pour la proposer aux autres, en permettant au dirigeant de construire « *d'apprentissage interprétatif* ».

Les activités de qualification sont comprises comme des «*propositions explicites*» faite par le dirigeant, qui a l'intention d'influencer et d'agir sur la construction du sens d'autrui, avec trois fonctions dominant, en rapport avec : la réduction de l'incertitude, la préservation de l'image de l'organisation et de soi et l'enjeu de pouvoir.

Mots-clés : Dirigeant, Santé, Activité, Qualification, Apprentissage Interprétatif

Abstract

The main contribution of this thesis is to enrich the understanding of an aspect in the professionalization of health managers, the activity. Much of the leadership training can be based on an analysis, made by themselves, about their own working situations.

This research is a contribution from Adult Education to Management Science: understanding the qualifying activities undertaken by leaders in their daily work. Qualification activities undertaken by leaders are social and discursive activities. Through the qualifying activity, the working context is modified or reconstructed. To achieve the objectives of the organization, the leader seeks to influence others, the employees, through the "value judgments" that he expresses.

The qualifying activity of health managers is understood from an additional matter from that of managerial theories. It ranges from the micro perspective, specifically according to the Activity Theory and Cognitive Learning Theory of Learning. It draws methodologically on the discursive pragmatic theory trend in an ethnomethodological approach. That is to say, on detailed observations of the context including what the leaders say in interaction with their colleagues in a specific context, as well as the size and the type of organizations identified: the hospital in the city of Curicó or Chile.

We concluded that the qualifying activities are re-qualifications for others. It is a way to take power on the working environment and the ownership of that environment to propose it to others, allowing the manager to build an "interpretive learning." Qualifying activities are understood as "explicit proposals" made by the manager, who intends to influence and to act on the construction of meaning of others, with three dominant functions in relation to: the reduction of uncertainty, the preservation of the image of the organization and of the actors and the issue of power.

Keywords: Manager, Health, Activity, Qualification, Interpretive Learning

Table des matières

INTRODUCTION	11
CHAPITRE 1 : LE CADRE SOCIAL DE LA RECHERCHE	16
INTRODUCTION	16
I. Le système de santé chilien.....	17
1. L'organisation du système	17
2. Les dynamiques d'évolution du système.....	24
2.1 Dynamiques socio-économiques et leurs influences sur les logiques de production du système de santé chilien	24
2.2 Dynamiques démographiques et leurs influences sur les logiques de production de système de santé chilien	26
2.3 Dynamiques épidémiologiques et leurs influences sur les logiques de production du système de santé chilien	28
2.4 Dynamiques politique.....	29
2.5 Dynamiques organisationnelles	30
II. Les acteurs	33
1. La transformation des métiers.....	33
1.1 Les enjeux et logiques des directeurs d'hôpitaux.....	36
1.2 Les enjeux et logiques des médecins	37
1.3 Les enjeux et logiques des infirmiers	39
1.4 Les enjeux et logiques des aide-soignants	40
2. Les enjeux des acteurs dans le changement	40
3. Les transformations de la formation et de la professionnalisation.....	42
4. L'Hôpital de Curicó.....	44
CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE ET PROBLÉMATIQUE.....	46
INTRODUCTION	46
I. Action et activité.....	48
1. Les courants théoriques.....	49
1.1 La sociologie de l'action	49
1.2 La psychologie ergonomique et la psychologie du développement	51
1.3 La pragmatique linguistique	53
1.3.1 L'ethnographie	53
1.3.2 L'interactionnisme symbolique	54
1.3.3 L'ethnométhodologie.....	55

1.3.4	La sociologie de Goffman	57
1.3.5	La pragmatique du discours.....	59
1.4	La théorie cognitive de l'apprentissage, dans une perspective psycho-culturelle	64
1.5	Quels sont les liens de la théorie de Jérôme Bruner avec la formation des adultes ?	69
1.6	Les options de la thèse	70
II.	L'action de diriger et des dirigeants	71
1.	Les courants théoriques.....	71
1.1	Les paradigmes d'organisation	71
1.2	L'action de diriger.....	74
1.3	Des dirigeants	79
1.4	Des dirigeant de santé	81
2	Les options de la thèse	84
3	L'activité de qualification	85
1.	Les courants théoriques.....	85
1.1	Selon une approche de la sociologie pragmatique	85
1.2	Selon une approche de théorie cognitive de l'apprentissage, dans une perspective psycho-culturelle.....	86
1.3	Selon une approche développée au CNAM.....	87
2.	Les options de la thèse	89
CHAPITRE 3: CONDUITE DE LA RECHERCHE		90
INTRODUCTION		90
1.	Les enjeux de la recherche	91
2.	Spécification de l'objet de recherche	92
3.	Les questions de recherche et les hypothèses	95
4.	Le terrain de recherche	98
5.	Le positionnement épistémologique et la stratégie de recherche	98
6.	Les outils de recueil de données.....	100
7.	La méthode d'analyse des données.....	104
CHAPITRE 4 : L'ANALYSE DES RÉSULTATS.....		108
INTRODUCTION		108
I.	Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)	109
1.	Place de l'agent qui qualifie	109

2.	À qui s'adresse la qualification ?	113
3.	Relation sociale dans laquelle se fait la qualification	115
II.	L'objet de la qualification	118
1.	Le contexte de la qualification	118
2.	L'action qualifiée (qu'est-ce qui est qualifié).....	120
3.	Les personnes	131
III.	Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)	133
1.	En fonction de quoi se fait l'activité de qualification	133
2.	À partir de quoi se fait l'activité de qualification ?.....	135
3.	À partir de quoi le dirigeant est requalifié ?.....	138
4.	Jugement de valeur	139
IV.	Les modalités discursives de l'acte de qualification	142
1.	Les verbes relationnels	143
2.	Les verbes de mesure.....	144
3.	Les verbes de processus	145
4.	Les verbes existentiels.....	146
5.	Les verbes d'obligation	147
V.	Analyse de la fonction de la qualification	151
1.	Quand la fonction dominante est en rapport avec un enjeu de réduction de l'incertitude.....	151
2.	Quand la fonction dominante est en rapport en enjeu de préservation d'image : de l'organisation et de soi.....	155
3.	Quand la fonction dominante est en rapport avec un enjeu de pouvoir	156
CHAPITRE 5: INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....		159
INTRODUCTION		159
I.	La qualification en réunion	160
1.	La construction des places dans les activités de qualification.....	160
2.	Objet de l'acte de qualification	163
3.	Emergence de l'acte de qualification	165
4.	Les grandes fonctions sociales de l'activité de qualification.....	169
5.	Le lien entre le contexte social et discursif de la qualification et l'analyse de la fonction de la qualification.....	173
6.	Le lien entre les modalités discursives de la qualification et l'analyse de la fonction de la qualification.....	175

7.	Lien entre la modalité discursive et la fonction dominante en rapport avec l'enjeu du pouvoir	176
8.	Lien entre la modalité discursive et la fonction dominante en rapport avec la réduction de l'incertitude.....	178
9.	Lien entre la modalité discursive et la fonction dominante en rapport avec la préservation d'image de l'hôpital et de soi.....	180
II.	Mise en lien des résultats avec d'autres données.....	183
1.	L'interprétation et qualification «d'information», pour soi	183
2.	Les constructions collectives et le jeu d'alliance pour une culture commune	184
CONCLUSION, LIMITES ET PERSPECTIVES.....		187
I.	Synthèses des Résultats.....	187
II.	Retombées Théoriques.....	192
III.	Limites et Perspectives	195
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		196
ANNEXES.....		205
1.	Situation d'analyse de la qualification	205
2	Transcription de l'activité discursive des acteurs dans le cours de réunions de travail (espagnol).....	233

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Indicateur socio-économique	25
Tableau 2 : Indicateurs démographiques.....	27
Tableau 3 : Indicateur épidémiologique	28
Tableau 4 : Ressources humains de soin, pour 10.000 habitants.....	35
Tableau 5 : Activité à l'hôpital	44
Tableau 6 : Indicateurs de mortalité et natalité, pour 1.000 habitants	45
Tableau 7 : Répartition du personnel à l'hôpital de Curicó	101
Tableau 8 : Méthode d'analyse des données.....	105
Tableau 9 : L'énonciateur et le destinataire de l'acte de qualification	110
Tableau 10 : Type de relation établie entre le locuteur et l'interlocuteur	115
Tableau 11 : Type de relation entre énonciateur et destinataire.....	116
Tableau 12 : Les tâches prescrites pour le ministère, ce qui est à faire.....	121
Tableau 13 : Les activités opératoires des collaborateurs, ce qui est fait	122
Tableau 14 : Les activités opératoires qu'il faut faire à l'hôpital.....	122
Tableau 15 : Les participants aux réunions.....	132
Tableau 16 : Cadre interprétatif porté pour la qualification de l'environnement professionnel	133
Tableau 17 : Cadre interprétatif porté pour la qualification de l'action des professionnels	134
Tableau 18 : Qualification de l'environnement professionnel des salariés.....	136
Tableau 19 : Qualification de l'action des professionnels de soin et d'administration	137
Tableau 20 : Requalification en fonction de l'interprétation et de la mémoire collective.....	139
Tableau 21 : Jugement de valeur : « <i>contenu prescriptif</i> »	141
Tableau 22 : Jugement de valeur : « <i>contenu descriptif</i> ».....	142
Tableau 23 : Modalités de qualification; les verbes relationnels.....	143
Tableau 24 : Modalités de qualification; les verbes de mesure.....	144
Tableau 25 : Modalités de qualification; les verbes de mesure.....	144
Tableau 26 : Modalités de qualification; les verbes de processus.....	145
Tableau 27 : Modalités de qualification; les verbes de processus matériel	146
Tableau 28 : Modalités de qualification; les verbes existentiels.....	147
Tableau 29 : Modalités de qualification; les verbes existentiels.....	147
Tableau 30 : Modalités de qualification; les verbes d'obligation	148
Tableau 31 : Modalités de qualification; les verbes d'obligation	148
Tableau 32 : Modalités de qualification; les verbes d'obligation	149
Tableau 33 : Modalités de qualification; les verbes d'obligation	149
Tableau 34 : Modalités de qualification; les verbes d'obligation	149
Tableau 35 : Modalités de qualification; les verbes d'obligation	150
Tableau 36 : Modalités de qualification; les verbes d'obligation	150
Tableau 37 : Fonction : réduction de l'incertitude / problématisation	151
Tableau 38 : Fonction: réduction de l'incertitude / problématisation	152

Tableau 39 : Fonction : préserver l'image; de l'hôpital et de soi	155
Tableau 40 : Fonction : préserver l'image; légitimer des conduit de travail	156
Tableau 41 : Fonction : enjeu de pouvoir; délimitation d'espace d'action	157
Tableau 42 : Fonction : enjeu de pouvoir; lutte de conservation du pouvoir	157
Tableau 43 : Fonction : enjeu de pouvoir; protection entre collègues.....	158
Tableau 44. Liens entre les modalités et la fonction de la qualification	176
Tableau 45. Liens entre les modalités de qualification et la fonction	178
Tableau 46. Liens entre les modalités de qualification et la fonction	180

Liste des figures

Figure 1. L'Organisation du système de la santé	18
Figure 2. Comparaison des différentes perspectives du discours	59

Liste d'annexes

Situation 1 / 1.0 : Extrait de réunion, du 24 mars 2008	205
Situation 2 / 2.1 : Extrait de réunion, du 28 mars 2008	206
Situation 3 / 2.2 : Extrait de réunion, du 28 mars 2008	207
Situation 4 / 3.1 : Extrait de réunion, du 31 mars 2008	208
Situation 5 / 3.2 : Extrait de réunion, du 31 mars 2008	209
Situation 6 / 3.3 : Extrait de réunion, du 31 mars 2008	210
Situation 7 / 4.0 : Extrait de réunion, du 07 avril 2008.....	211
Situation 8 / 5.1 : Extrait de réunion, du 14 avril 2008.....	212
Situation 9 / 5.2 : Extrait de réunion, du 14 avril 2008.....	213
Situation 10 / 6.1 : Extrait de réunion, du 21 avril 2008.....	214
Situation 11 / 6.2 : Extrait de réunion, du 21 avril 2008.....	215
Situation 12 / 6.3 : Extrait de réunion, du 21 avril 2008.....	216
Situation 13 / 7.1 : Extrait de réunion, du 02 juin 2008.....	217
Situation 14 / 7.2 : Extrait de réunion, du 02 juin 2008.....	218
Situation 15 / 8.0 : Extrait de réunion, du 03 octobre 2008.....	219
Situation 16 / 9.1 : Extrait de réunion, du 13 octobre 2008.....	220
Situation 17 / 9.2 : Extrait de réunion, du 13 octobre 2008.....	221
Situation 18 / 9.3 : Extrait de réunion, du 14 octobre 2008.....	222
Situation 19 / 9.4 : Extrait de réunion, du 14 octobre 2008.....	223
Situation 20 / 10.0 : Extrait de réunion, du 03 novembre 2008	224
Situation 21 / 11.0 : Extrait de réunion, du 23 février 2009.....	225
Situation 22 / 12.1 : Extrait de réunion, du 11 mars 2009	226
Situation 23 / 12.2 : Extrait de réunion, du 11 mars 2009	227
Situation 24 / 13.0 : Extrait de réunion, du 18 mai 2009	228
Situation 25 / 14.0 : Extrait de réunion, du 21 mai 2009	229
Situation 26 / 15.0 : Extrait de réunion, du 18 juin 2009.....	230
Situation 27 / 16.0 : Extrait de réunion, du 25 juin 2009.....	231
Situation 28 / 17.0 : Extrait de réunion, du 30 juin 2009.....	232

INTRODUCTION

La question de la formation des dirigeants est un élément de discussion dans le domaine de la santé au Chili. Cette question est prise en compte dans le processus actuel de la réforme de santé (la loi 19.937, 2009 et la loi 19.966, 2004), spécifiquement dans les programmes de formation mis en place. Ces derniers ont pour but le développement du sentiment de compétence chez le dirigeant de santé, et aussi de vaincre sa résistance au changement organisationnel, en tant que médecins¹. Les activités de sélection, de formation et d'exercice des activités se manifestent en quelque sorte comme un reflet des transformations organisationnelles des hôpitaux, sur la base d'une logique entrepreneuriale.

Les activités de formation sont incluses dans un Programme Annuel de Formation dont l'objectif est d'aider les dirigeants à développer et à compléter les compétences nécessaires pour accomplir leurs fonctions selon un cadre préétabli ainsi que dans le contexte du travail. Dans ce sens, elles constituent une stratégie effective pour le développement du personnel et pour l'optimisation de la gestion de la santé dans la région où ces dirigeants agissent.

Les activités de formation s'effectuent normalement en dehors de l'hôpital, conjointement avec d'autres dirigeants d'hôpitaux en privilégiant une méthodologie d'apprentissage basée sur la discussion et l'application, à partir de leur propre expérience comme dirigeant. Ensuite, ces dirigeants sont censés extrapoler les capacités acquises des activités qu'ils réalisent dans leurs organisations respectives. La finalité des dispositifs de formation est le transfert des mécanismes et des stratégies pour incorporer la gestion dans leurs fonctions, sur la base du développement de capacités. Et ce, afin de faire face aux défis que rencontrent les hôpitaux ainsi que sur la base de l'acquisition des connaissances théoriques et méthodologiques de gestion.

¹ La majorité des directeurs d'hôpitaux sont, au Chili, des médecins.

Les dispositifs de formation, que mettent en place les formateurs se basent normalement sur la prescription établie: d'une part du discours de la gestion et d'autre part du discours institutionnel du Ministère de la Santé.

Parallèlement, si nous pensons que les dynamiques organisationnelles valent également par leurs activités de formation, on constate que le travail requis d'un dirigeant est de plus en plus indirect, plus déconcentré autour des tâches de gestion technique ou économique. C'est-à-dire, plus décentralisé « *des activités opératoires* » centrées, elles-mêmes, sur l'initiative et la réaction individuelle dans lesquelles les activités de communication ont une entrée privilégiée. Elles sont une conséquence de la logique de la production des biens, des services et des nouvelles formes d'organisation du travail.

Il s'est révélé nécessaire pour notre recherche de disposer d'éléments qui rendent compte non seulement du prescrit, mais de l'activité telle qu'elle peut être observée sur le terrain. Cette démarche de recherche en intelligibilité conduit à produire des éléments de savoir centrés sur le dirigeant de l'hôpital en tant que personne dans l'organisation, et sur son interaction avec autrui.

Nous avons eu besoin d'adopter un regard différent de celui de la gestion, plus centré sur l'activité humaine, en rapport avec le développement de l'économie de services et dans le contexte du secteur hospitalier public.

À l'occasion d'un premier travail de recherche, dans le cadre du Master de recherche, sur le "*Rôle du Dirigeant d'Hôpital dans l'Activité Collective. Le Cas de l'Hôpital Ambroise Paré*", nous avons pu conclure que les principales activités d'un dirigeant d'hôpital étaient les activités de communication. En particulier, on a observé qu'une grande partie de ces activités consistaient à qualifier des situations ou des activités en interaction avec autrui. À savoir, dans des réunions de travail de diverses natures : en produisant des jugements de valeur ou de qualité à ces événements, en rapport avec les objectifs du dirigeant et les défis de l'organisation.

L'activité de qualification² est fréquemment initiée par la quête d'information sur l'environnement professionnel et l'organisation, l'hôpital, au travers du mail, du téléphone, de la demande de rapports, etc. Ce processus permet au dirigeant de contextualiser les faits, et débouche sur une activité de qualification.

Nous nous sommes intéressé tout particulièrement aux activités de qualification de l'environnement professionnel, du dirigeant en situation d'interaction avec ses collaborateurs en posant les questions suivantes : Dans les réunions en situation, que dit le dirigeant de l'espace d'activité légitime ?, Quel est le contexte social de l'activité de qualification ?, Quel est l'objet de la qualification ?, Quelles sont les modalités de qualification ?, Que cherche à produire le dirigeant avec ou sur les autres, à travers l'activité de qualification ?.

Nous pouvons dire que cette notion de qualification, en situation professionnelle peut être envisagée selon approches complémentaires :

- La première, centrée sur le destinataire, avec une fonction interactionnelle en établissant des relations professionnelles et en préservant ces relations dans lesquelles le discours est soit en relation très étroite avec l'action : il est question d'agir sur autrui, on parle en agissant, pour agir ou faire agir autrui. Nous pouvons dire que les activités de qualification ont un aspect instrumental, elles facilitent la coordination de l'action collective. Elles s'expriment implicitement par l'énonciateur et normalement désignent : une invitation, une félicitation, une demande ou un reproche.
- La seconde, centrée sur le contexte avec une fonction transactionnelle, il s'agit de la transmission d'information pour représenter l'environnement professionnel et communiquer à autrui sur la base des objectifs et des enjeux de l'organisation. Nous pouvons dire que les activités de qualification, en ce sens, ont un rôle de régulation, dans une perspective unidirectionnelle. Dans le contexte de l'entreprise publique, le dirigeant est

² Nous reviendrons plus loin sur sa définition.

obligé de faire ce qui est établi par la loi, les normes ou les procédés, du fait que l'allocation des ressources est associée avec le développement d'anticipations souhaitables pour l'Etat et pour l'organisation.

C'est dans cette dynamique de la formation du dirigeant et des contraintes qui traversent les activités de qualification qu'émerge l'objet de recherche de cette thèse.

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'un programme coordonné de recherche initié par la Maison de la Recherche sur les Pratiques Professionnelles du CNAM et le réseau des Écoles de Service Public sur l'Analyse de l'Activité de Dirigeants coordonné, par Jean Marie Barbier, Christian Chauvigné et Marie-Laure Vitali.

Afin de comprendre l'activité du dirigeant, nous nous situons dans la Théorie de l'Activité, comme une entrée différente mais complémentaire de celle de la Théorie Managériale. Elle s'inscrit notamment dans le courant de la psychologie historico-culturelle soviétique : Vigotsky L. ; Leontiev A. et prolongée au CNAM par Barbier J.M., notamment, de la pragmatique du discours, avec une perspective discursive et psychoculturelle (Vigotsky L. ; Bruner J.) de l'activité de qualification.

Nous avons fait le travail de terrain de la recherche entre le 1 mars 2008 et le 30 juin 2009 au sein de l'Hôpital Public de Curicó, situé dans la Septième Région du Chili. C'est un hôpital d'une haute complexité, destiné à une population d'environ 102.000 habitants (2007). Il se caractérise par un taux d'occupation de 66,8%, avec une moyenne de 5,3 jours d'hospitalisation (2008). Le travail de recueil des données s'est développé par phases, une phase préliminaire et une phase d'observation.

Le recueil des données a été fait sur la base des observations et des enregistrements des réunions, auxquelles participèrent le Directeur de l'hôpital, les Chefs de Service et ses collaborateurs respectifs.

Nous avons défini une méthode d'analyse qui observe tout d'abord les conditions générales de l'activité de qualification, issues des réunions, telle que : le contexte social, l'objet, l'analyse, les modalités discursives, et l'analyse de la fonction.

Ensuite, nous avons fait une analyse de discours des énoncés de l'acte de qualification inscrite dans la linguistique appliquée.

Nous avons constaté que les activités de qualification sont des requalifications pour autrui. Le dirigeant interprète l'information de son environnement professionnel, tout d'abord pour se le représenter et ensuite pour pouvoir communiquer aux autres sur la base des objectifs et des enjeux de l'organisation. Il s'agit des activités de qualification qui induisent des représentations chez autrui, par le biais de présupposés.

Ces présupposés permettent de poser le cadre dans lequel les collaborateurs vont construire du sens. Nous pouvons dire que la requalification est une explication discursive que le dirigeant construit, visant à faire accepter un projet d'action collective.

Finalement, nous pouvons faire l'hypothèse que l'activité de qualification fait partie d'un processus d'apprentissage interprétatifs pour le dirigeant, évoquent en le travail de Jérôme Bruner (1991).

La thèse est organisée en six chapitres et chaque chapitre compte une introduction.

- Chapitre 1 : Le cadre social de la recherche,
- Chapitre 2 : Cadre théorique et problématique,
- Chapitre 3 : Conduite de la recherche,
- Chapitre 4 : L'analyse des résultats,
- Chapitre 5 : Interprétation des Résultats et
- Chapitre 6 : Conclusions, limites et perspectives.

CHAPITRE 1 : LE CADRE SOCIAL DE LA RECHERCHE

INTRODUCTION

Pour l'analyse des dynamiques d'implantation de la réforme de la santé au Chili, nous nous appuyons sur l'analyse stratégique comme démarche théorique pour expliciter et comprendre le contexte de la recherche.

Dans un premier temps, nous définirons l'organisation du secteur de la santé. Dans un deuxième temps, nous nous servirons de l'analyse stratégique en tant qu'outils d'analyse du changement pour aborder et comprendre la dynamique organisationnelle du système de santé chilien, tout d'abord au niveau structurel, c'est-à-dire, les transformations économiques du pays, les développements démographique et épidémiologique du pays et ses influences sur les logiques de production du système de santé chilien.

Ensuite, nous situerons le contexte d'un hôpital chilien, l'hôpital de Curicó qui sera notre terrain de recherche. Nous aborderons dans un premier temps, la dynamique de transformation des métiers et ses impacts dans les enjeux des principaux acteurs de l'hôpital et l'identification de leurs stratégies autour du changement de management au sein de l'hôpital et les logiques du travail prescrit.

Après, nous aborderons la question de la dynamique de transformation de la formation et la professionnalisation au niveau de l'équipe directive des hôpitaux, dans un contexte de changement.

En fin, nous présenterons l'Hôpital Public de la ville de Curicó au Chili, comme le terrain de recherche.

I. Le système de santé chilien

1. L'organisation du système

Le système de Santé au Chili est un système mixte, composé des fonds et des prestataires de services publics et privés. Les secteurs publics et privés sont intégrés par le Ministère de la Santé (MINSAL³) qui possède une fonction de gestion et d'établissement de normes; il chapeaute le sous-secrétariat de la Santé Publique, le sous-secrétariat des réseaux et les Secrétariats Régionaux Ministériels (SEREMI⁴).

Le Ministère de la Santé a également pour tâche de superviser, de manière non hiérarchique, les divers organismes décentralisés du secteur afin de s'assurer du bon accomplissement des politiques, plans, programmes et normes définis par l'autorité sanitaire. Ces organismes sont : la Surintendance des Institutions de la Santé Provisionnelle (SNSS⁵), les Fonds National de la Santé (FONASA⁶), l'Institut de Santé Publique (ISP⁷), les Services de Santé autogérés, les hôpitaux expérimentaux et la Centrale d'Approvisionnement (CENABAST⁸)

On trouvera ci-après une représentation schématique de cette organisation (Figure 1).

³ MINSAL: Ministerio de Salud (Ministère de la Santé).

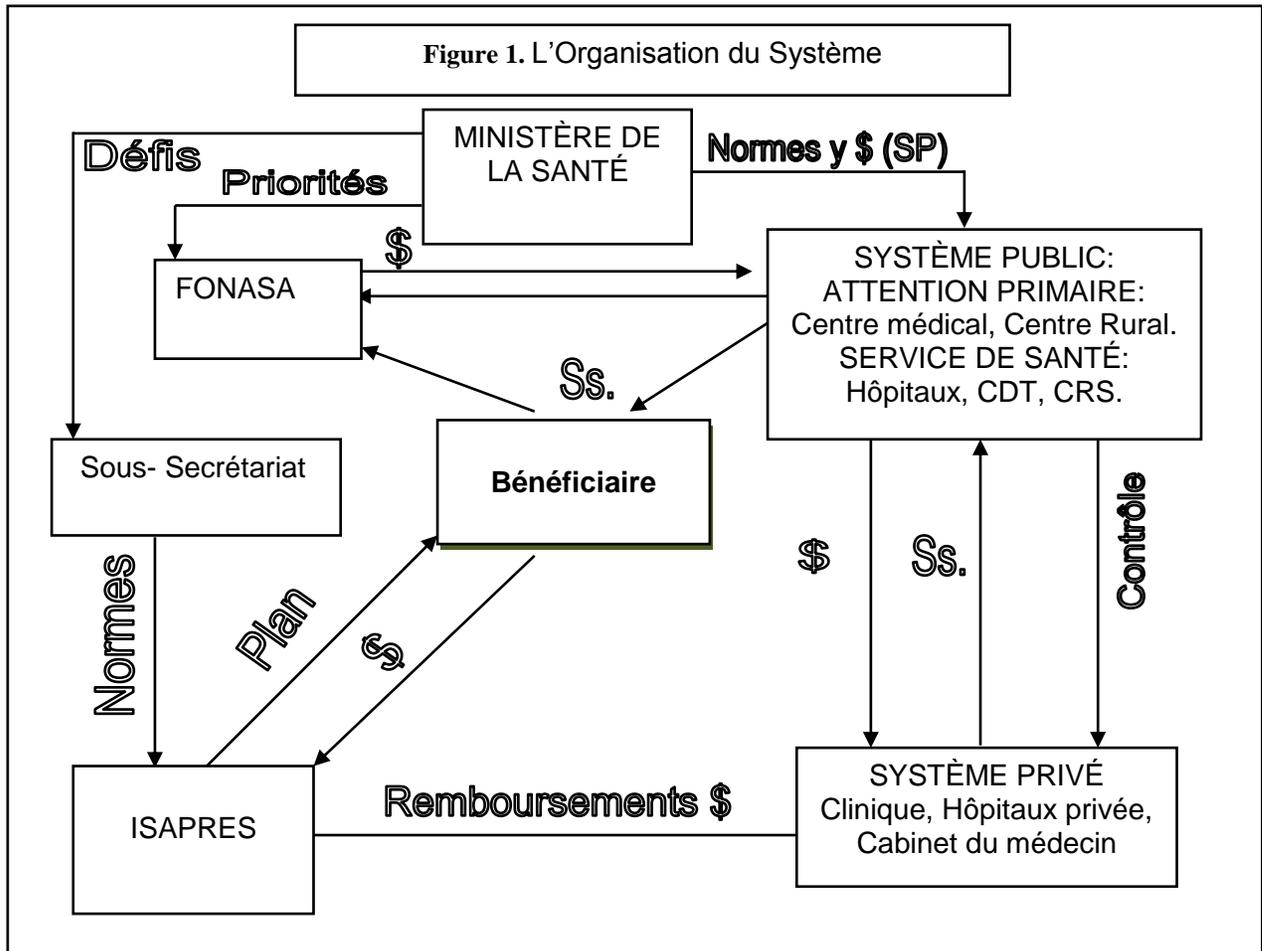
⁴ SEREMI: Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Secrétariats Régionaux Ministériels)

⁵ SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud (Surintendance des Institutions de la Santé Provisionnelle)

⁶ FONASA: Fondo Nacional de la Salud (Fonds National de la Santé)

⁷ ISP: Instituto de Salud Pública (Institut de Santé Publique)

⁸ CENABAST: Central Nacional de Abastecimiento (Centrale d'Approvisionnement)



Élaboration propre à partir des données disponibles dans la page de Ministère de la Santé du Chili, 2008. <http://www.minsal.cl>.

A) Le MINSAL est responsable du développement de la santé au niveau national, et il assume le rôle de direction et régulateur de l'État en matière de santé dans le contexte public et privé. Il exerce l'autorité sanitaire. (MINSAL, 2009).

En matière de formation de professionnels de la santé (DFL1, 2005), il est important de souligner trois contextes stratégiques en relation avec la formation:

- Le premier est relatif à l'établissement d'un système d'accréditation pour les prestataires institutionnels autorisés à fonctionner.

Ainsi, l'accréditation est le processus périodique d'évaluation par rapport à l'accomplissement des standards minimaux, tels que : des conditions sanitaires,

des conditions de sécurité des installations et d'équipes, des conditions d'application de techniques et de technologies, des conditions d'accomplissement de protocoles de prise en charge, des conditions qui concernent les ressources humaines, conformément au type d'établissement et à la complexité des prestations.

Ce système est valable pour le secteur de santé public comme le privé.

- Le deuxième fait référence à l'établissement d'un système de certification de spécialités et sous-spécialités des prestataires individuels de santé légalement habilités pour exercer les professions respectives. La certification est le processus en vertu duquel il est reconnu qu'un prestataire individuel de santé (médecin, infirmière, aides-soignant(e)s) a des connaissances et des expériences relevant d'un travail déterminé. Elle octroie le certificat correspondant (validation de l'expérience).

Il existe des organismes publics et privés, nationaux et internationaux, qui certifient les spécialités ou les sous-spécialités des prestataires individuels de santé. Le Ministères de la Santé et de l'Éducation établissent les conditions générales que celles-ci devront accomplir pour recevoir l'autorisation de certifier.

Le règlement établit de la même manière les spécialités et les sous-spécialités qui feront partie du système. Les universités reconnues officiellement au Chili seront celles que certifie en fonction des programmes correspondants et accréditées en conformité auprès de la réglementation en vigueur.

- Le troisième contexte repose sur la responsabilité du MINSAL d'établir à travers une résolution (norme), les protocoles de prise en charge de soins. Ces protocoles sont des guides sur la manière opératoire de résoudre un problème déterminé de soins. Ils ont un caractère référentiel et obligatoire, pour le secteur public ainsi que pour le secteur privé. Les protocoles de prise en charge ne sont pas suivis quand il existe une cause sanitaire que le mérite, ce qui devra figurer dans une loi émit pour le Ministère de la Santé.

B) Le Sous–secrétariat de la Santé Publique : Cette institution a la responsabilité d'assurer à toutes les personnes le droit aux soins en exerçant les fonctions régulatrices, normatives et de contrôle pour l'État du Chili. Il contribue à la qualité des services publics et garantit le caractère participatif des politiques sanitaires, de façon à permettre l'amélioration soutenue de la santé de la population, spécialement des secteurs les plus vulnérables, dans le but d'avancer vers l'accomplissement des objectifs sanitaires (MINSAL, 2009).

C) Le Sous-secrétariat des réseaux : il est responsable de régler et de veiller au bon fonctionnement des réseaux de santé à travers des politiques de coordination et d'articulation, de façon à satisfaire les besoins de soins de la population, dans le cadre des objectifs sanitaires. Ceci doit se faire avec équité, respect des droits et dignité des personnes, pendant les Services de Santé. (MINSAL, 2009).

Ce sous-secrétariat est l'institution qui a le contrôle indirect sur les hôpitaux, par le biais des Services de Santé respectifs. Il est également responsable de la formation des professionnels de la santé. La formation est développée en fonction des besoins des patients et en lien avec les attentes du Régime de Garanties de la Santé (AUGE). Pour cela, il doit développer des politiques et des stratégies de planification, de développement et de gestion des personnes qui travaillent dans le secteur de la santé. Ce rôle est accompli à travers une structure administrative qui comporte trois départements. Le Département de Gestion des Ressources Humaines, le Département de Formation et le Département de Qualité de Vie et des Relations de Travail.

D) Les services de santé : ce sont les organismes responsables de l'octroi des services de soins à la population dans un territoire déterminé, à travers un réseau public. Au niveau national, il existe 29 Services de Santé. Il est nécessaire de souligner qu'au Chili la prise en charge de la santé est mixte (publique et privée). Le réseau public est composé par les hôpitaux de complexité diverse, des centres de diagnostic et thérapeutique, des centres de référence de santé, des centres de soins urbains et ruraux, et des postes ruraux. Ces derniers, appelés

« établissements de prise en charge primaire », sont administrés par les Municipalités. Les hôpitaux sont dirigés par les Services de Santé. Le budget des hôpitaux est défini sur la base de l'assignation historique et de la rétribution financière pour la prise en charge de pathologies prévalentes (Paiement Associé à Diagnostic - PAD) et de quelques programmes spécifiques (des prestations complexes, adultes, etc.).

E) Parallèlement aux services de santé distribués par territoires, le secteur privé intègre l'ensemble des cliniques, cabinets de médecine, laboratoires et pharmacies, dirigés par des particuliers ou des sociétés privées qui ont une concentration plus ou moins forte dans les régions en fonction de la répartition de la population.

F) Les Organisations non gouvernementales (ONG), sans but lucratif sont peu représentées à l'hôpital. Il existe des institutions caritatives, comme la Croix-Rouge, CARITAS Chili (Église Catholique) lesquelles ont des activités de promotion de la santé ou d'aide directe aux malades. (OPS, 2002).

G) L'ISP réalise des travaux dans divers domaines de la santé, comme l'évaluation de la qualité des laboratoires, la surveillance des maladies, le contrôle de médicaments, la cosmétologie et les dispositifs d'usage médical, de santé environnementale, de santé professionnelle, de production et de contrôle de qualité des vaccins, entre autres.

H) La CENABAST du Système National de Services de Santé a comme but d'approvisionner en médicaments et éléments de travail les cliniques, les établissements du Système National de Services de Santé, les Établissements Municipaux de Santé et les autres assignés au secteur public, comme les Hôpitaux de Forces Armées ou d'Universités.

I) Il existe au Chili, un dispositif de soins appelé "attention primaire": ce dispositif comprend des centres médicaux situés dans chaque quartier de la ville, dans les zones rurales et des "centres communautaires," plus particulièrement destinés à l'accueil et à la prise en charge médicale des familles. Ces centres sont

mis en réseau avec d'autres structures qui proposent un accès aux soins plus spécialisé ainsi qu'aux hôpitaux.

J) La SNSS : Cet organisme est responsable de la fiscalisation des actions du Fonds National de Santé (FONASA) et des Institutions de Santé Prévisionnelle (ISAPRE).

Le Système de Santé au Chili est donc bien un système mixte, aussi bien dans le financement que dans la prestation. Ainsi, dans le financement, il combine un schéma de sécurité sociale (apports fiscaux) avec un système de sécurité de caractère compétitif. Ces deux composants partagent une base de financement qui est l'apport obligatoire des travailleurs salariés (7% de sa rente imposable), avec une limite de 60 UF, équivalant à 1.680 euros. Les travailleurs dépendants ou indépendants peuvent volontairement décider d'entrer dans le système d'administration publique, qui s'appelle Fonds National de la Santé (FONASA) ou de rejoindre le système d'administration privée, à travers des Institutions de Santé Prévisionnelle (ISAPRE) :

- ***Le fonds national de la santé (FONASA)***

Le FONASA est l'organisme public responsable de l'octroi d'une couverture de prise en charge, tant pour les personnes qui cotisent sur la base des 7 % de leurs revenus mensuels pour la santé, que pour celles qui manquent de ressources propres et qui sont alors financées par l'État à travers un apport direct. Ce Fonds reçoit les apports des salariés qui choisissent volontairement cette option d'assurance, ainsi que les transferts du Budget de la Nation pour la prise en charge des indigents, et pour le financement des programmes de santé publique. Il finance les actions de santé et les chirurgies, ainsi que les prestations accordées à travers le Système ou par d'autres organismes. Il établit également des conventions avec d'autres institutions et fixe des tarifs.

- ***Les institutions de santé prévisionnelle (ISAPRES)***

L'assurance privée est faite à travers des entreprises privées nommées ISAPRES, ce sont des organismes qui captent le taux obligatoire pour la santé (7%) des travailleurs qui ont choisi de s'affilier au système privé. Les ISAPRES octroient des services de financement de prestations de santé à 18 % de la population au Chili (MINSAL, 2009). Avec le taux obligatoire de santé les personnes ont le droit de recevoir les services de santé et le financement des permissions médicales par maladie. Les prestations de santé se donnent à travers du même financement grâce au contrat de services médicaux financé par les ISAPRES.

Les ISAPRES peuvent se mettre d'accord avec leurs clients (patients) au sujet des primes d'assurance complémentaires pour améliorer les plans de santé. Dans la majorité des cas, ils travaillent de préférence avec des prestataires privés, bien qu'ils puissent réaliser des accords avec les institutions publiques de santé pour la prise en charge d'urgence, pour des unités de soins intensifs et pensionnés (sections d'hôpitaux publics destinées à la prise en charge de patients privés, avec un nombre de lits qui ne peut pas dépasser 10 % du total). Quelques ISAPRE disposent, également, de leur propre réseau pour la prise en charge de leurs bénéficiaires.

- ***Les mutualités d'employeurs***

Il existe une autre assurance de santé spécifique pour les accidents du travail et des maladies professionnelles, administrée par la Mutualité d'Employeurs et financée par les employeurs à hauteur d'un pourcentage des rémunérations (1%), il peut augmenter selon le risque d'accidentalité de l'entreprise.

2. Les dynamiques d'évolution du système

Au Chili, le secteur de la Santé fait face à une profonde réforme, qui répond à la nécessité de satisfaire à la fois les évolutions démographiques et épidémiologiques caractérisant la population chilienne, ainsi que les exigences budgétaires les plus sévères.

2.1 Dynamiques socio-économiques et leurs influences sur les logiques de production du système de santé chilien

Le Chili connaît depuis plusieurs années d'importantes avancées socioéconomiques. L'économie chilienne se caractérise depuis plusieurs années par un taux de croissance appréciable de son PIB annuel. Ce dernier était de 5,6% en 2005 et de 4,1% en 2007. A titre de comparaison, le taux de croissance mondial était de 3,4 % en 2005 et de 3,7 % en 2007, tandis que le taux de croissance de l'Amérique du Sud était de 4,5%, en 2005 et de 5,8 % en 2007 (CEPAL;BCCH, 2007). Si on analyse la situation macroéconomique du Chili par rapport aux autres pays de l'Amérique du Sud pour l'année 2007, on peut voir que le Chili présente le plus grand PIB par habitant (US\$ 8.190 c/ personne), suivi par le Venezuela (US\$ 7.550 c/ personne) et puis l'Uruguay (US\$ 6.390 c/ personne) (Tableau 1).

Entre les années 2006 et 2009 l'économie chilienne a enregistré une croissance moins forte en raison, essentiellement, de la crise mondiale de l'énergie et de l'impact de la crise financière. Cependant, la conjonction d'une ligne politique stable et d'un environnement externe propice, de même que l'augmentation du prix des matières premières, spécialement le cuivre qui est la principale ressource du budget du Chili, sont les éléments qui, entre autres, ont permis de maintenir une situation de macroéconomie favorable. Le chômage a été réduit et la situation fiscale s'est maintenue.

La société chilienne semble bénéficier largement de son insertion dans le processus de mondialisation. Ainsi, entre les années 1992 et 2002, les Chiliens ont vu s'accroître leur niveau d'éducation, leurs opportunités d'emploi, leur prospérité

et leur qualité de vie matérielle. L'éducation est incontestablement l'un des piliers de cette mobilité sociale et elle contribue à une forte mobilité intergénérationnelle. Cette tendance a tout d'abord permis l'intégration des secteurs de la population qui étaient les plus marginaux et subissaient le plus de discrimination, puis l'incorporation des femmes sur le marché du travail. Toutefois, des décalages perdurent entre les zones urbaines et les zones rurales. La société chilienne comporte notamment des expressions culturelles très variées d'une région à l'autre du pays, en raison principalement des caractéristiques géographiques du territoire.

Malgré de bons indicateurs économiques, le pays possède un défaut indiscutable : l'inégalité dans la répartition de richesses, par rapport aux pays plus développés. Ceci a pour effet de créer une grande brèche sociale entre riches et pauvres. 20% des personnes les plus riches du pays gagnent 13,8 fois ce que reçoivent les 20% des personnes les plus pauvres, ce qui situe le Chili à la 7^{ème} place sur les 9 pays de l'Amérique du Sud concernant l'inégalité des revenus : les pays qui montrent la plus grande inégalité des revenus sont la Bolivie, la Colombie et le Brésil.

Tableau 1 : Indicateur socio-économique						
	Population (10 ³)	PIB (US\$ par habitant) 2007.		Taux de croissance annuelle du PIB (2006-2007).	Inégalité des revenus (20% plus riches / 20% plus pauvres).	Population (%), Amélioration de l'eau potable (2006)
		Valeur courante	Valeur ppa			
Chili	16.970	8.190	12.330	4,1	13,8	95
Venezuela	28.583	7.550	12.290	6,6	10	-
Uruguay	3.361	6.390	11.020	7,1	11,5	100
Argentine	40.276	6.040	12.970	7,6	15,9	96
Brésil	193.734	5.860	9.270	4,2	19,4	91
Colombie	45.660	4.100	8.260	6,2	26,6	93
Pérou	29.165	3.410	7.200	7,6	13,9	84
Equateur	13.625	3.110	7.110	1,6	17,2	95
Paraguay	6.349	1.710	4.520	4,9	16,9	77
Bolivie	9.863	1.260	4.150	2,8	33,7	86

Élaboration propre à partir des données disponibles dans le document de l'Organisation Panaméricaine de la Santé, <http://www.ops.org> * *Situación de salud en las américas - Indicadores Básicos 2009*

L'équilibre de l'économie chilienne et l'esprit de responsabilité sociale ont permis aux gouvernements d'augmenter la dépense publique pour relever les principaux défis auxquels doit faire face le pays. L'un de ces défis consiste à assurer l'égalité entre les Chiliens en termes d'accès à une éducation et à une santé publique de qualité. Nous allons maintenant nous pencher plus particulièrement sur cette problématique de la santé au Chili.

2.2 Dynamiques démographiques et leurs influences sur les logiques de production de système de santé chilien

La population vit désormais plus longtemps qu'avant, tout en ayant un taux de fécondité plus faible. De 1950 à 1955, le taux global de fécondité était de 4,95, et il concerne les mères âgées de 20 à 39 ans. Pour la période 2000-2009, ce taux est tombé à 1,9 et il concerne les mères âgées de 20 à 34 ans (INE, 2005). L'augmentation de l'espérance de vie concerne aussi bien les hommes que les femmes. Par exemple, en 1910, cette espérance était de 29 ans chez les hommes et de 33 ans chez les femmes. En 2009, elle était de 75,7 et 81,9 respectivement (OPS, 2010). En même temps, le taux de mortalité s'est amoindri. En 1950, le taux de mortalité infantile était de 120,3 pour mille naissances, contre 7,6 pour mille naissances en 2009 (OPS, 2010). (Tableau 2).

Tableau 2 : Indicateurs démographiques (2009)								
	Population (10 ³)	Taux de natalité (1.000 hab.)	Moyenne annuelle de naissances (miles)	Moyenne annuelle de mortalité (miles)	Taux de croissance annuel de la population (%).	Taux globale de fécondité	Espérance de vie (H)	Espérance de vie (M)
Brésil	193.734	15,6	3.026,40	1.238,50	0,9	1,8	69,1	76,4
Colombie	45.660	20,1	917,3	251,3	1,4	2,4	69,6	77
Argentine	40.276	17,2	691,2	312,4	1	2,2	71,8	79,4
Venezuela	28.583	21	599,7	146,8	1,6	2,5	71,1	77,1
Pérou	21.165	20,7	605,1	157,4	1,1	2,5	70,9	76,2
Chili	16.970	14,9	252,1	93,1	1	1,9	75,7	81,9
Equateur	13.625	20,4	278,9	70,9	1,1	2,5	72,4	78,3
Bolivie	9.863	26,6	262,1	73,4	1,7	3,4	63,9	68,2
Paraguay	6.349	24,2	154	35,2	1,7	3	70	74,2
Uruguay	3.361	14,9	50	31,2	0,3	2,1	73,1	80,1

Élaboration propre à partir des données disponibles dans la page de l'Organisation Panaméricaine de la Santé,
<http://www.ops.org> **Situación de salud en las américas - Indicadores Básicos 2009.*

Dans un contexte de dynamique démographique, il est nécessaire de concentrer la préoccupation de la santé des personnes âgées, toujours dans la prévention, il faut aider les adultes à se préparer pour avoir une meilleure qualité de vie à la fin de leur vie. Au Chili, la population est majoritairement adulte, on peut voir que le taux de fécondité est descendu de presque 59% dans les derniers 60 ans : les personnes vivent plus longtemps. Cette situation a des impacts sur les politiques de santé du Ministère et donc sur la vision des programmes de santé. Le programme de santé promeut chez la population un style de vie salubre, d'alimentation saine, d'activité physique dans lequel il convient d'éviter la consommation d'alcool et de tabac (MINSAL, 2010).

2.3 Dynamiques épidémiologiques et leurs influences sur les logiques de production du système de santé chilien

Les principales causes de mortalité au Chili sont les maladies liées aux styles de vie et au vieillissement, parmi lesquelles on trouve les maladies du système circulatoire, celles des tumeurs malignes, les maladies du système respiratoire, les traumatismes et les empoisonnements. Comme dans d'autres pays de la région, il existe des problèmes de santé liés à l'environnement (OPS, 2005). Même si le taux de mortalité des chiliens est le plus bas de l'Amérique du Sud (5,4), le taux de mortalité liée aux maladies ischémiques du cœur (51,2) et cérébro-vasculaires (49,7) sont des indicateurs importants des principales maladies qui affectent aux chiliens. (Tableau 3).

Tableau 3 : Indicateur épidémiologique						
	Taux de mortalité générale (1.000 hab.) 2007	Taux de mortalité liée à maladies transmissibles (100.000 hab.) 2005.	Taux de mortalité liée au diabète mellitus (100.000 hab.) 2005	Taux de mortalité liée aux maladies ischémiques du cœur (100.000 hab.) 2005	Taux de mortalité liée à de maladies cérébro-vasculaires (100.000 hab.) 2005	Taux d'incidence du SIDA (100.000 hab.) 2007.
Equateur	5,1	64	28,8	25,8	31,8	3,6
Venezuela	5,1	43,1	30,9	75,8	37	-
Chili	5,4	33,5	21,6	51,2	49,7	3,6
Pérou	5,5	109,8	11,6	25,1	23,2	3,8
Colombie	5,6	45,3	20,7	73,1	39,5	1,9
Paraguay	5,6	59,8	45,1	50,9	64,1	5,6
Brésil	6,4	64,9	29,3	59,5	62,6	17,7
Argentine	8,1	92,7	25,5	56,8	59,5	3,8
Bolivie	8,1	135,9	-	-	-	1,9
Uruguay	9,6	58,5	23,7	92,9	121,4	7,2

Élaboration propre à partir des données disponibles dans la page de l'Organisation Panaméricaine de la Santé, <http://www.ops.org> * *Situación de salud en las américas - Indicadores Básicos 2009.*

2.4 Dynamiques politique

La réforme du système de santé de l'année 2004 définit de nouvelles fonctions sanitaires que se rapportent aux objectifs sanitaires, à l'autorité sanitaire et aux garanties explicites de santé, spécifiquement la Loi 19.937 ; (2004).

Les objectifs de ce changement du Système de Santé sont :

- Maintenir et améliorer les réussites sanitaires
- Affronter les défis du vieillissement de la population.
- Réduire l'inégalité
- Satisfaire aux besoins et aux attentes des citoyens

Dans le cadre de la Loi 19.937, (2004), l'autorité sanitaire redéfinit les prérogatives ainsi que les fonctions et la structure du MINSAL. L'actuel sous-secrétariat est remplacé par deux sous-secrétariats : le sous-secrétariat de la santé publique et le sous-secrétariat des réseaux d'assistance. Les SEREMIS se voient octroyer des prérogatives d'autorité sanitaire locale. À la fin, une surintendance de la santé a été instituée.

Au-delà de ces aspects institutionnels, la Loi 19.937, (2004) impose une gestion en réseau. Elle établit un réseau d'assistance et des normes de gestion de la prise en charge primaire. Les établissements autogérés et présentant un moindre degré de complexité sont mis en réseau.

Cette réforme se traduit par des évolutions en matière de gestion des ressources humaines. Des incitatifs salariaux sont mis en place, des modifications sont apportées à la carrière de fonctionnaire, et un programme spécial d'incitation au départ en retraite est mis en œuvre.

Par ailleurs, l'État Chilien a mis en place un plan de garanties explicites de santé (GES-AUGE). Ce plan est devenu une loi le 03 septembre 2004 (Loi N ° 19.966).

Il a pour but de garantir à la population l'équité dans l'accès à la santé, indépendamment de la solvabilité des personnes et si elles sont inscrits dans le système public (FONASA) ou privé (ISAPRE). Le plan prend une série de

maladies ou des conditions de santé comme prioritaires pour son application, comme quelques types de cancers, d'hypertension artérielle, cardiopathies congénitales, les traumatismes à risque vital et la grossesse. Le plan AUGE a pris effet le 1 juillet 2005 avec 25 pathologies. Dans l'année 2007, il atteint 56 pathologies (MINSAL, 2010).

2.5 Dynamiques organisationnelles

Les hôpitaux chiliens ont connu des changements radicaux. Dans leurs origines, ils sont apparus comme une réponse de l'Église Catholique aux besoins des personnes âgées, des malades et des pauvres. Or, au fur et à mesure se produit le développement sociétal et politique : les hôpitaux se sont progressivement transformés. D'abord, ils ont commencé à être financés par l'État, toujours avec un but non lucratif. Aujourd'hui, les hôpitaux sont obligés de répondre aux exigences du progrès technique et des nouvelles connaissances médicales, et, plus fondamentalement, à une modification dans la nature des maladies traitées. *«La fonction des hôpitaux a profondément évolué au cours des siècles. Asile pour les pauvres au Moyen Âge, et dernier refuge pour les mourants au XVIII siècle, l'hôpital est devenu aujourd'hui un temple de technologie et de connaissance scientifique ainsi que le symbole éclatant des systèmes de santé modernes»* (Mordelet, 2006).

Actuellement, les hôpitaux se trouvent confrontés à de fortes pressions, à cause des demandes croissantes de soins médicaux et du manque de ressources nécessaires pour y faire face, même si, ces dernières années, les dépenses du gouvernement en matière de santé ont constamment augmenté. C'est ainsi qu'en 2002 la dépense publique en matière de santé représentait 45,1 % de la dépense sanitaire totale, soit 10,2 % de la dépense totale de l'État, situant ainsi le Chili au cinquième rang en Amérique du Sud en termes de contribution publique au secteur de la Santé.

En Décembre 2008, il existait au Chili 188 hôpitaux classés, en quatre types selon le degré de complexité du service délivré, avec 26 950 lits disponibles sur le plan national. Ils sont organisés sur le plan national à travers 28 Services de Santé. Par

exemple, dans la Région du Maule à la même date, il y avait 13 hôpitaux, avec une disponibilité de 1880 lits, un indice d'occupation de 65,7 %, et une moyenne de 5,6 jours d'hospitalisation.

Les hôpitaux sont organisés en unités, lesquelles sont établies en fonction des principaux procédés de travail : services cliniques, unités d'appui, unités administratives. Les unités d'appui, en termes de quantité de personnel requis sont les plus grandes; ces unités collaborent et complètent les services offerts par les services cliniques.

L'organisation du système de santé, dans toutes leurs instances menées par des professionnels de la santé, a permis au Chili d'initier et de mettre en marche la standardisation et la formalisation de certaines procédures. Un cas précis, par exemple, est la mise en place du plan AUGÉ, applicable tant à des organisations de santé publiques comme privées. La mise en marche de ce plan en 2004 a rendu exigible l'application des protocoles ou guides cliniques pour les 56 pathologies incorporées dans ledit plan.

Ces guides cliniques unifient et formalisent des procédés médicaux et administratifs, ainsi que l'application de médicaments et d'examens. Néanmoins, les efforts pour rationaliser cette coordination en programmant et unifiant les trajectoires des malades, les modalités de traitement et les procédures, sont constamment déstabilisés par l'imprévisibilité du cours de la maladie et comportements des malades.

Il existe des procédés de certification de compétences qui devraient être congruents avec le programme annuel de formation implémenté dans les hôpitaux. Ils ont pour objectif que les professionnels fonctionnaires développent, complètent ou mettent à jour les compétences techniques et sociales nécessaires pour exercer leurs fonctions de façon efficiente et efficace dans le contexte du travail. On s'assure que les activités de formation correspondent aux caractéristiques signalées pour qu'elles constituent ainsi une stratégie effective pour le développement du personnel et optimisent la gestion de la santé pour la population.

Le système actuel de récompenses est une réponse aux politiques de travail établies dans les hôpitaux où le travail collectif prime et les décisions sont partagées aux niveaux intermédiaires entre les professionnels de la santé et les administratifs. C'est comme cela que peuvent être appliquées les assignations pour le développement personnel (formation), la performance collective, la certification des compétences, la carrière de fonctionnaire, les fonctions directives, etc.

Il est important de signaler la participation de professionnels étrangers, principalement au niveau des professionnels de la santé. Ceci représente, pour une part, l'application d'une loi qui permet l'embauche de professionnels (des médecins) étrangers. On pourrait se demander pourquoi la loi a été promulguée, et ce n'est pas moins vrai que les professionnels médicaux aujourd'hui reçoivent des plus grands encouragements économiques lorsqu'ils travaillent dans le secteur privé de la santé au Chili, coordonné par les ISAPRES.

En revanche, il est très difficile pour les hôpitaux publics d'embaucher des professionnels médecins. On a essayé de régler ce problème avec l'application de la Loi médicale qui permet aux institutions de santé publique d'octroyer des assignations additionnelles et aussi d'engager des professionnels étrangers.

En général les mécanismes de planification et de contrôle par unité sont établis par des comités, dans la mesure où ces unités ont la capacité de prendre des décisions sur les ressources. Dans le secteur clinique, un mécanisme de contrôle est le comité de pharmacie et le comité d'infections intra-hospitalières, et dans le secteur administratif les comités sont constitués selon le pouvoir d'achat (le budget de chaque secteur). Le contrôle de la performance est assez présent, aidé par l'implémentation des guides cliniques et par les engagements de gestion.

L'un des principaux mécanismes d'intégration mis en vigueur est l'Engagement de Gestion, lequel crée un lien entre le budget et un engagement d'action et d'objectifs des services de santé, hôpitaux et services cliniques, à travers un mécanisme de négociation annuel. Avec ce mécanisme on prétend obtenir une plus grande interaction entre les équipes du secteur technique d'assistance et

celles du secteur administratif- financier. Les objectifs d'engagement de gestion sont précis, évaluable et peu influençables par des facteurs externes à la gestion. Le niveau de décentralisation obéit à un système de contrôle de gestion basé sur des Centres de Responsabilité. Chaque sous-direction prend la décision de remplacement de personnel et du paiement d'heures supplémentaires de son unité, de façon coordonnée avec la sous-direction d'administration. Les décisions d'investissement financière sont prises par l'équipe de direction (Directeur, Sous-directeurs, Chef de Finances et Infirmière Coordinatrice).

La sous-direction d'opérations planifie et prend les décisions conjointement avec les circonscriptions moyennes sur l'utilisation d'ambulances, l'entretien des installations de l'hôpital et le fonctionnement des chaudières. La sous-direction médicale conjointement avec la sous-direction d'administration prend les décisions sur l'achat des consommables médicaux, les examens médicaux et inter-consultation, à un niveau de résolution majeur (scanner, résonances magnétiques nucléaires).

II. Les acteurs

1. La transformation des métiers

A partir du contexte actuel on peut inférer un grand dynamisme dans le monde de la formation. Dynamisme qui obéit dans l'actualité à la logique de la production des biens et des services, qui demande de la part des individus, des compétences transversales et holistiques. Tout autant que les actions de formation basées sur la transmission de savoirs, que l'on peut assigner au domaine d'une profession, et en rapport avec l'organisation du travail selon le modèle Taylorien, n'est pas suffisant. Il apparaît que les demandes sociales et les nouvelles formes d'organisation du travail ont tendance à rompre les barrières des professionnelles. C'est ainsi que nous pouvons constater aujourd'hui qu'il y a des médecins ou des psychologues qui travaillent dans le domaine des sciences de la gestion.

Il est logique alors de se demander ce que l'on comprend par profession et quels éléments distinguent ce concept de celui de métier. Selon le point de vue anglo-saxon de la sociologie de la profession, « *le savoir théorique, l'éthique, l'utilité sociale et le système de rétribution basée sur une logique verticale d'accréditation, sont des éléments qui vont définir une profession et la différence réside en ce que, dans le métier, le savoir est implicite et lié à une situation* » (Bourdoncle, 1991), c'est-à-dire, le savoir théorique du côté de la profession et l'expérience entendue comme « *ensemble des activités passées et présentes d'un même sujet* » (Barbier, 2003, p.1) du côté du métier. Or, il y a des professions qui incorporent les deux éléments, c'est-à-dire, les savoirs théoriques et savoirs d'action. Il semble que pour faire face à une action, entendue comme « *organisation singulière d'un ensemble d'activités dotée d'une unité de sens ou de signification pour et par les sujets collectifs ou individuels qui y sont engagés* » (Barbier, 2004, p. 317), le sujet mobilise différents types de savoirs et l'appropriation de ces savoirs n'est pas nécessairement associé à la logique verticale des espaces d'enseignement « *espaces de mise à disposition de savoirs sous une forme appropriable* » (Barbier, 2005, p.124).

Dans les hôpitaux d'aujourd'hui il est nécessaire d'avoir surtout de compétences collectives qui requièrent une mise en rapport et en cohérence, une confrontation et la négociation des médecins, des infirmières, des aides-soignantes, des personnels administratifs. Ces compétences collectives ont besoin d'une dimension opérationnelle nécessaire dans l'action du traitement du patient et elle accompagne des éléments mentaux, tels que: savoir, comprendre, interpréter, évaluer, programmer, mémoriser.

Parallèlement, l'application des règles et de la culture du secteur privé dans la gestion des hôpitaux demande également la conformation des équipes et le développement de nouvelles compétences ainsi que d'interactions au sein du travail, « *les interlocuteurs professionnels principaux des infirmières sont les aides-soignantes et les auxiliaires; et les médecins viennent au second rang parmi les interlocuteurs des infirmières* » (Grosjean; Lacoste, 1999).

Au Chili, cette relation des interactions est également présent, mais sans doute dans les dernières années cela a commencé à changer comme une conséquence des besoins de reconnaissance du travail, ainsi qu'à de la diminution des professionnels de la santé intéressés à travailler dans le secteur de la santé publique. Entre les années 2001 et 2006 les taux des médecins et des infirmières pour 10.000 habitants ont diminué de 28% et de 57% respectivement. Cette situation situe le Chili en seizième position dans l'Amérique du Sud. (Tableaux 4).

Tableau 4 : Ressources humains de soin, pour 10.000 habitants						
	Année 2001			Année 2006		
	Médecins	Infirmières	Dentistes	Médecins	Infirmières	Dentistes
Uruguay	37,0	7,0	12,6	38,7	10,2	12,4
Argentine	26,8	5,2	6,6	32,1	3,8	9,3
Venezuela	19,5	7,9	5,3	-	-	-
Brésil	14,0	4,5	9,4	17	5,4	11,6
Equateur	13,2	4,6	1,6	15,4	5,2	1,7
Chili	13,0	10	4,2	9,3	4,3	1,8
Pérou	10,3	6,7	1,1	11,5	7,6	1,1
Colombie	9,3	4,3	5,7	16	8	9
Paraguay	4,9	1,2	0,7	6	2,8	0,9
Bolivie	3,2	1,6	0,4	4,9	5,5	0,7

Élaboration propre à partir des données disponibles dans la page de Paho. *Atlas de Salud de las Américas-*

Indicadores Básicos, 2001. Disponible en <http://paho.org>.

1.1 Les enjeux et logiques des directeurs d'hôpitaux

Penser «national-régional» et agir local. Les directeurs des hôpitaux sont confrontés aux deux démarches qui s'avèrent quelques fois contradictoires. D'une part, le Ministère de la Santé demande aux directeurs le suivi de la prescription qu'ils définissent sur la base de l'ensemble du système de santé du pays. D'autre part, le directeur doit faire face aux situations très particulières de sa région, par exemple : le taux de pauvreté, les types de maladies.

Accomplir une fonction de soins et de gestion. La fonction première et essentielle du directeur à hôpital, et naturellement, en rapport à son rôle de médecin, donc, de soigner les patients qui lui sont confiés en leur offrant des soins de qualité sans listes d'attente. Conjointement, en tant que responsable du management de l'hôpital face aux Directions Régionales et face au Ministère de la Santé, il doit emprunter à l'hôpital des stratégies de gestion relevant de la logique du «marché». Pour les patients la santé n'a pas de prix. En revanche, pour l'hôpital elle a un coût, donc le Directeur de l'Hôpital est obligé de rechercher l'optimisation des ressources limitées en vue d'atteindre les meilleurs résultats possibles.

Vécu d'incertitude et de solitude. Le vécu d'incertitude du directeur s'entend d'une part par des caractéristiques propres à la complexité de l'environnement de l'hôpital et d'autre part en rapport au pouvoir des membres de son équipe et l'imprévisibilité de leurs comportements.

L'équipe est composée notamment de médecins, d'infirmières, d'ingénieurs, de personnel administratif, d'avocats, qui ont des visions diverses. Ladite équipe s'organise du point de vue des expériences passées et présentes qui reflètent la complexité cognitive liée aux normes, que chacun devrait maîtriser, les savoirs contextualisés liés aux pratiques spécifiques, les émotions et les valeurs de chacun.

D'ailleurs, le directeur est obligé de prendre ses distances de ces vécus d'incertitude pour la prise de décisions et exiger l'application des normes du Ministère. C'est lui le responsable de l'activité de l'hôpital et c'est dans ces moments où le directeur vit la solitude.

Afin d'accomplir les résultats attendus, mais sans décentralisation de la prise de décisions pour les éléments fondamentaux de la part du Ministère de la Santé. Le Directeur doit trouver des possibilités de mesurer clairement et de manière tangible lesdits résultats attendus par le MINSAL. Parallèlement, il n'a pas le pouvoir de prendre de décisions sur des sujets clés pour atteindre ses buts. Par exemple, les questions de financements, et de ressources humaines comme poursuivant les logiques d'amélioration de la performance, sans avoir de l'autonomie dans la gestion.

Les luttes d'influence entre médecins et directeur. Même si nous prenons en compte que le directeur de l'hôpital est médecin, il doit, en qualité de directeur, rechercher l'équilibre entre les attentes des médecins et la prise en charge sociale des patients. C'est-à-dire, que le budget de l'hôpital est fait selon l'activité que les médecins réalisent dans les différents services cliniques. Nous pouvons donc dire, que le budget de l'hôpital est une projection de l'activité historique de l'hôpital. Ainsi, l'emploi du gestionnaire dépend de la performance médicale, laquelle s'accroît par les moyens que celui-ci lui attribue surtout aujourd'hui au niveau technologique. Finalement, « *la bonne* » gestion dépend de la « *bonne médecine* » et la « *bonne médecine* » dépend de la « *bonne gestion* ».

1.2 Les enjeux et logiques des médecins

Autonomie professionnelle unique au sein des institutions hospitalières, comme une manifestation du pouvoir des médecins. Toute l'organisation du système de santé est menée par les médecins; de plus si on ajoute que les médecins effectuent la mise en place des compétences très valorisées ou reconnu

au niveau sociétal, cela veut dire qu'ils ont une position dominante au niveau des hôpitaux et que cela leur permet un certain niveau d'autonomie professionnelle à l'hôpital, par rapport à d'autres professions à développer comme les infirmières par exemple. Or, cette même autonomie face à l'organisation dans son ensemble, au niveau de sous-systèmes (médecin) est transformée en compétitivité entre eux.

Le contrôle social professionnel, principe d'autorégulation, se manifeste comme un corporatisme de la profession médicale. Les médecins sont ceux qui déterminent le système du marché dominant de la profession. Ils restent comme des petits producteurs de service. Ainsi, ils contrôlent le nombre de médecins inscrits de même que les besoins de formation dans les Universités. L'évaluation réalisée par l'agent qui produit cette situation permet aux médecins d'être présents sur le marché du travail. L'enjeu est de réglementer la production de services pour que le métier (producteur) ne soit pas déprécié, alors, il n'y a pas de dévalorisation du métier. Pour protéger ses intérêts, les médecins défendent leurs intérêts corporatifs. De cette façon, le clan contribue à protéger son identité sociale.

Identité professionnelle forte, mais, malgré son niveau de reconnaissance, elle a besoin d'autres acteurs pour s'affirmer. Les territoires du médecin sont les différents services où ils exercent la médecine, donc, le pouvoir des médecins est basé et renforcé par leur relation avec les malades et le personnel des soins. Cela veut dire que leur influence sur les autres professionnels est renforcée par le rapport médecin-malade. Dans un contexte d'insécurité permanente lors de la prise en charge de patients, lié à l'erreur médicale, les médecins cherchent l'alliance et les compétences chez les infirmiers et les aides-soignantes pour sa protection. Elles sont bonnes techniciennes et surveillent efficacement les patients.

La lutte entre corps médical et corps administratif. Cette lutte s'exprime sur la base de l'engagement des médecins pour trouver une solution au problème de santé des patients, quelque fois sans tenir compte de la quantité de ressources que demande la prise en charge des patients. En ce qui concerne le côté

administratif, le but est également soigner le patients, mais comme les ressources à l'hôpital sont limitées, ils sont obligés d'établir des priorités. C'est dans cette situation qu'il peut y avoir de l'influence du médecin sur les infirmières. Une influence qui s'est manifestée comme des alliances pour ne pas suivre le protocole (administratif) en lien avec la prise en charge des patients.

1.3 Les enjeux et logiques des infirmiers

Les infirmiers chiliens sont formés dans les Universités publiques ou privées. À l'issue de leur formation, ils obtiennent une licence et peuvent exercer leur fonction dans l'ensemble des structures privées et publiques. Depuis 1953, le corps d'infirmiers est organisé à partir d'un collège (École des Infirmiers du Chili) et d'une direction au niveau national. Une des missions de ce collège est de réussir l'autonomie professionnelle des infirmiers face au médecin. L'infirmier agit la plupart du temps par délégation du médecin, et les conditions d'exercice sont très variables au Chili. En effet, elles varient tant sur le fond que sur la forme et cela, que l'on exerce en milieu hospitalier ou dans un centre de santé rural. En zone rurale, l'infirmier dépasse largement ses fonctions, compte tenu de l'absence parfois quasi permanente de médecins.

Manque de cadre juridique pour s'approprier de leur identité. Les infirmiers n'ont jamais une autonomie complète. « *L'autonomie est partielle parce qu'elle procède de la profession dominante et qu'elle est limitée par celle-ci* » (Friedson, 1994). Il n'y a pas de cadre juridique propre.

Les médecins ont une forte influence sur les cadres de proximité (chef des infirmiers et aides-soignantes) car ces derniers sont partenaires de la gestion d'un service qui est sous la responsabilité du chef de service. Tous les cadres savent bien que si un chef de service refuse de travailler avec un cadre, la direction ne le lui imposera pas. Nous pouvons dire que l'identité des infirmiers subit la forte influence du pouvoir du médecin.

Position de soumission des infirmiers face au pouvoir des médecins (« sous-médecin »). Les infirmiers s'occupent de soigner les patients et de leurs familles. Ils laissent au médecin la prise en charge de la maladie. Aujourd'hui, les infirmiers souhaiteraient faire partie du processus de décision en lien avec le diagnostic du patient car ils considèrent qu'ils développent une dimension scientifique de la profession. Cependant, dans la réalité, cette participation dans le diagnostic est irréalisable. Ceci reste seulement un discours des cadres des infirmiers et malheureusement l'actuelle direction de soins est considérée comme une pseudo direction, par les autres directions.

1.4 Les enjeux et logiques des aide-soignants

Ils n'ont aucune autonomie professionnelle et normalement ils se trouvent avec un double lien vis-à-vis du médecin et vis-à-vis des infirmiers comme dans une structure parentale où les médecins et les infirmiers sont les parents et les aides-soignants les enfants. Or, les dernières années ils se sont organisés au niveau national (organisation syndicale) et ils ont fait une pression sociale face aux autorités du Ministère et des hôpitaux, afin de demander l'amélioration des conditions de travail et la reconnaissance de leur travail au sein de la communauté hospitalière à travers l'augmentation de leurs salaires, notamment.

Changement de rôle entre infirmiers et aides-soignants : Comme quelques fois les infirmiers ne se considèrent pas valorisée par ce rôle, on attribue une partie de leur rôle aux aides-soignants. Cette instance permet aux infirmiers d'assumer un rôle de sur-médecin face aux aides-soignantes.

2. Les enjeux des acteurs dans le changement

Dans un contexte de changement dans le système de santé chilienn, le changement obéit à des dynamiques propres du secteur. Nous pouvons dire que les professionnels de la santé sont confrontés à des intérêts multiples, parfois incompatibles, au moment de la prise en charge des patients. Ils doivent prendre en compte leur expertise professionnelle, les niveaux de prévision du patient

(financement du secteur publique ou de secteur privée), et aussi le coût des soins (démarche managériale).

La défense de l'expertise professionnelle dans un contexte de changement du système de santé encourage; la reconnaissance des associations professionnelles, l'orientation aux patients, les supervisions par les pairs, l'engagement. Il est important de souligner que les caractéristiques propres des professions de soins expliquent leur position dominante à l'hôpital. « *Les médecins gèrent complètement leur relation avec leurs patients aidés par des structures professionnelles qui se sont développées autour de la profession* ». (Marshall ; 1965 ; Parsons, 1954 ; Wilensky ;1964 ; in Takagi ; 2006).

D'ailleurs, la coexistence d'un système de financement et de prise en charge de soin public et privé. A partir des années 70, l'État a commencé à encourager le financement privé des services, avec les mécanismes du marché, à la place d'une fonction public. C'est le cas de l'éducation et de la santé. Ce système a permis de développer des iniquités dans la majorité des prestations de santé. Dans les années 90, deux tiers des heures des médecins sont offertes au secteur privé où seulement un tiers de la population chilienne est attendue (OPS, 2010).

Finalement, la démarche managériale consiste en un contrôle de la dépense de santé aux niveaux des hôpitaux publics, basé sur des logiques d'efficacité et de régulation par le marché. L'État Chilien, à travers le Ministère de la Santé, cherche de nouvelles organisations pour réduire le coût du système de santé, avec la mise en place du système d'organisation basé sur le marché et légitimes dans une autre organisation et dans un autre contexte. Par exemple: le contrôle de dépenses par centre de responsabilité, l'accréditation de la qualité de soins, entre autres.

3. Les transformations de la formation et de la professionnalisation

Le Ministère de la Santé, sur la base d'un diagnostic rend compte de deux aspects dans la gestion de ressources au niveau des institutions de santé :

- Le besoin d'augmenter l'efficacité et l'efficience de la dépense de santé.
- La maîtrise de la dépense de santé au niveau budgétaire. Il a augmenté de 9,2% entre les années 90 et 2006. (MINSAL, 2010).

À partir de ce diagnostic, l'État Chilien a impulsé dès l'année 2006 les changements suivants:

- Il a créé le Service Autonome pour la Gestion en Réseaux.
- Les hôpitaux doivent se constituer comme des établissements autonomes.

Du point de vue des dirigeants des hôpitaux, ce changement a également des impacts tel que :

a) Le processus de sélection par la charge de dirigeant :

Une nouvelle modalité pour l'engagement des dirigeants des hôpitaux a été établie, sur la base du système de la Haute Direction Publique en vigueur à ce moment. La mise en place de ce système cherche à professionnaliser la direction des hôpitaux.

Le système de la Haute Direction Publique indique que les charges du Chef de Service et du Dirigeant des Hôpitaux sont initiés avec la demande respective du Ministère au Conseil à la Haute Direction Publique (CADP). Cette institution avec l'aide de la Direction Nationale de Service Civil (DNSC) désigne le profil de charge. Le CADP propose au Ministre des Finances un pourcentage d'assignation pour une charge de la Haute Direction Publique et le DNSC convoque un processus de sélection publique, ouvert et d'ample diffusion.

La sélection du dirigeant est un processus technique qui prend en compte la vérification des pré-requis, l'évaluation de facteur de mérite et les compétences spécifiques. A la fin du processus le CADP propose une liste de candidats éligibles

au Président de la République, pour qu'il désigne l'un d'entre eux, comme un nouveau Dirigeant Publiques, ou déclare déserte le concours. (DNSC, 2010).

b) Le processus de formation et d'aide à l'autogestion :

C'est un élément de discussion dans le secteur de la santé chilienne au sujet de la formation des dirigeants. Le processus de formation se manifeste comme le reflet de la transformation organisationnelle des hôpitaux, sur la base d'une logique entrepreneuriale.

Les activités de formation sont incluses dans un Programme Annuel de Formation, dont l'objectif est d'aider les dirigeants à développer, compléter, et mettre en place les compétences nécessaires pour accomplir leurs fonctions selon une cadre préétabli et dans le contexte de leur travail. Le Ministère s'assure que les activités de formation sois encadrées et avec les caractéristiques signalées pour qu'elles constituent ainsi une stratégie effective pour le développement du personnel et pour optimiser la gestion de la santé dans la région.

Les activités de formation se font normalement en dehors de l'hôpital, dans une forme conjointe avec d'autres dirigeants d'hôpitaux et ses collaborateurs respectifs, en privilégiant comme méthodologie d'apprentissage la discussion et l'application à partir de leur propre expérience comme dirigeants et ils extrapolent les activités qu'ils font dans leurs organisations respectives.

La finalité des dispositifs de formation est le transfert des mécanismes et des stratégies pour mettre en place la gestion dans ses fonctions, sur la base du développement de capacités pour diriger les défis qui font face les hôpitaux et l'acquisition de connaissances théoriques et méthodologiques de gestion. Alors, nous pouvons en inférer que les activités de formation des dirigeants d'hôpitaux sont encadrées dans deux logiques et présuppositions en tension.

D'alors, par une logique où l'action de diriger est comprise sur la base des résultats de la recherche réalisée en contextes culturels déterminés et sur la base de la spécialisation de champs d'application: l'économie, la gestion.

Par ailleurs, l'action de diriger est comprise à partir de l'analyse des activités professionnelles en situation de travail, en liens avec la théorie de l'activité, développée au CNAM et qui s'inscrit dans un courant de la psychologie historico-culturelle (Vigotsky, Leontief, Barbier, Clot). À partir de ce que les dirigeants font en interaction avec leurs collaborateurs, dans un contexte, la taille et le type d'organisations déterminé, par exemple d'un hôpital, d'une université, et sa forme particulière pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne dans les organisations.

Nous pouvons dire qu'actuellement le Ministère de la santé essaie de mettre en place un système qui intègre ces deux visions.

4. L'Hôpital de Curicó

L'actuel Hôpital de la ville de Curicó, dans la Région du Maule, a été inauguré le 2 décembre 1971. Pendant les dernières années, l'Hôpital de Curicó a remarquablement amélioré son infrastructure, spécialement avec la rénovation du Service de Santé Privée (1996), et la création du Centre de Prise en Charge Ouvert (2003), et la rénovation de son Unité d'Urgences (2005).

Selon le tableau qui suit, en 2008 l'hôpital de Curicó disposait de 366 lits, ce qui représentait 19,4% de la disponibilité des hôpitaux provinciaux de la Région du Maule, avec un indice d'occupation de 66,8% et une moyenne de 5,3 jours d'hospitalisation. (MINSAL, 2008). (Tableau 5).

Tableau 5 : Activité à l'hôpital			
	Chili	Région du Maule	Ville de Curicó
Hôpitaux	188	13	1
Disponibilité de lits	26.950	1.880	366
Disponibilité de jours de lits	9.464.960	663.988	114.192
Index d'occupation	74,5%	65,7%	66,8%
Moyenne jours d'hospitalisation	6	5,6	5,3

Élaboration propre à partir des données disponibles dans la page de Ministère de la Santé du Chili, 2008.
<http://www.minsal.cl>.

Les principales causes de mortalité dans la Région du Maule sont les maladies liées aux styles de vie et au vieillissement, parmi lesquelles les maladies du système circulatoire, les tumeurs malignes, les maladies du système respiratoire, les traumatismes et les empoisonnements. C'est représentatif de la situation du pays.

L'hôpital a été classé par le MINSAL comme un hôpital de haute complexité. Il dispose d'une tour de cinq étages, où se trouvent les services cliniques et des ailes latérales aux premiers et deuxièmes étages pour les unités d'appui clinique et administratif, avec une superficie construite totale de 11.890 m².

Entre les années 1999 et 2007, on observe dans la Région du Maule une diminution du taux de mortalité infantile; 25,0%, ce qui représente entre autres éléments, les résultats du service de santé offert par des hôpitaux de la région. Le taux de natalité a diminué de 19,1%, ce qui est représentatif de la réalité de la société chilienne. (Tableau 6).

Tableau 6 : Indicateurs de mortalité et natalité, pour 1.000 habitants						
	Taux de mortalité		Taux de mortalité infantile		Taux de natalité	
	1999	2007	1999	2007	1999	2006
Chili	5,5	5,6	10,1	8,3	17,6	14,8
VII Région du Maule	5,9	6,0	10,5	8,4	16,8	14,1

Élaboration propre à partir des données disponibles dans la page de Ministère de la Santé du Chili, 2008.
<http://www.minsal.cl>.

CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE ET PROBLÉMATIQUE

INTRODUCTION

Nous développons, dans les pages qui suivent, le cadre théorique et les options prises pour la thèse.

Tout d'abord, nous définirons les notions *d'action et d'activité* ainsi que leurs courants théoriques. Nous développons les courants théoriques : Sociologie de l'action, psychologie ergonomique et psychologie du développement, pragmatique linguistique et finalement la théorie cognitive de l'apprentissage, dans une perspective psycho- culturelle et ses liens avec la Formation des Adultes.

Nous nous situons dans la Théorie de l'Activité, qui souvent s'inscrit elle-même dans le courant de la psychologie historico-culturelle. L'analyse de l'activité s'appuie dans la thèse sur la courante théorique de la pragmatique discursive, dans une démarche ethnométhodologique.

Ensuite, nous faisons des liens entre l'action de diriger et les dirigeants. Afin, d'atteindre cet objectif, nous développons les paradigmes d'organisation, selon la théorie managériale, la notion de diriger et finalement les notions de dirigeant et de dirigeant de santé.

Dans la Thèse nous comprenons l'*Activité de Dirigeant de Santé* du point de vue microsocial, spécifiquement depuis la Théorie de l'Activité. Elle s'appuie méthodologiquement sur l'ethnométhodologie et il s'agit de la spécificité de l'activité humaine, dans un contexte particulier : l'hôpital.

Finalement, nous proposons une évolution du cadre théorique en développant la notion de *qualification*. D'ailleurs, il existe un cadre théorique récent, explicité dans une approche de la sociologie pragmatique et d'une approche développée au

CNAM (Conservatoire National Des Arts et Métiers). Par ailleurs, il existe un cadre théorique encore explicite, sur la notion de qualification, mais qui peut être inféré : c'est le cas de l'approche de la Théorie Cognitive de l'apprentissage.

La notion de qualification développée dans la thèse est comprise à partir de l'analyse des activités professionnelles en situation de travail, ceci en lien à la Théorie de l'Activité, développé au CNAM et qui s'inscrit dans un courant de la psychologie historico-culturelle initié par Vigotsky L. et prolongé au CNAM par Barbier J.M. L'activité de qualification est comprise dans le cadre de la théorie cognitive de l'apprentissage, dans une perspective psycho-culturelle de Lev Vigotsky et Jérôme Bruner. Pour être plus spécifique, depuis la notion d'attribution de signification à l'environnement à la notion du lien affectif parental et de développement de la fonction référentielle.

I. Action et activité

Les Sciences Sociales ont souvent pour objet les activités humaines et elles même ont tendance à se structurer en champs d'intentions ou d'activités (gestion, direction, formation, etc.). Il y a une tendance à regrouper ces préoccupations dans différentes champs professionnelles et sous disciplines, telles l'éducation, la santé, la gestion, les arts ou sports, entre autres.

Nous sommes d'accord que quelques soient les activités humaines dont nous parlons, la notion d'action est le noyau, compris comme *«l'ensemble d'activités doté d'une unité de sens et/ou de signification par/pour les sujets qui y sont impliqués et leur environnement »* (Barbier, 2004), cette action a notamment une intention *« cette intention est évidemment une intention de transformation, si minime soit elle, de l'environnement, physique et/ou social, externe ou interne, du/ des sujets qui agissent, ce qui explique les connotations dynamiques du vocable »* (Barbier, 2010). L'auteur fait référence à *l'intention de transformation*, mais en même temps il manifeste la connotation dynamique du vocable.

Il semble intéressant de tourner le regard vers l'être humain, vers la complexité de sa nature, soit vers sa singularité, mais aussi vers la collectivité dans laquelle il s'insère, sa manière unique de voir le monde, à travers un environnement qui lui donne des indices lui permettant d'anticiper, mais qui paradoxalement est un environnement qu'il a lui-même contribué à façonner.

À partir cela, l'activité dans la recherche en sciences a une entrée privilégiée : *«l'activité constitue une entrée privilégiée pour la construction progressive d'outils de pensée transversaux à plusieurs champs de recherches / et de pratiques correspondantes»* (Barbier ; Durand, 2003).

Dans la recherche, il existe différentes tendances pour décrire l'activité ; du point de vue psychologique, pour Vygotski (1997), par exemple: *«ce concept comprend les processus psychiques comme activité se médiatisant eux-mêmes et n'accentuant pas le contenu processuel de l'activité»* (Moro, Schneuwly, Brossard, 1997), ce qui diffère de la conception de l'activité qu'exprime Léontiev, pour qui *«le sujet lui-même médiatise le reflet sans que cette médiatisation n'apparaisse dans le contenu du reflet»*

(Moro, Schneuwly, Brossard ,1997). Vygotski (1997), inspiré par la pensée marxiste, réhabilite, du point de vue méthodologique de la recherche, la conscience humaine comme objet d'étude, et dans ce contexte, il définit l'activité humaine pratique comme un lien entre le monde externe et l'esprit, principe explicatif général.

Dans le même sens, Clot (2008) définit «l'activité» comme *«ce qui se fait, mais aussi c'est tout ce qui ne se fait pas. L'activité absente pèse sur l'activité réalisée. Ce qui n'est pas réalisé fait partie du réel. Le réalisé n'est pas le monopole du réel, il y a aussi l'inaccompli»*. Ainsi que l'activité *«apparaît finalement comme un conflit entre le sujet, autrui, et l'objet de l'activité. Les sujets sont en rapport avec l'objet par la médiation d'autrui lequel est aussi concerné par l'objet»*. (Clot, 2008). L'auteur exprime que la dimension du collectif se trouve aussi présente dans une activité qui paraît être individuelle et que le sujet lui-même médiatise ce qui est collectif - le genre social du métier, le genre professionnel - c'est-à-dire les « obligations », avec autrui en rapport à l'objet.

1. Les courants théoriques

1.1 La sociologie de l'action

Le principal objet de ce courant est l'étude du comportement collectif et de la rationalité des acteurs. Le lien entre sciences cognitives et sciences sociales est une préoccupation du point de vue de la sociologie, c'est-à-dire le rapport de la connaissance humaine avec son environnement. Ainsi, la sociologie défend l'idée d'une autonomie de la culture et des raisons humaines par rapport aux mécanismes naturels.

Pharo, (1998) étudie les actes et relations civiles de la vie courante, plus précisément leurs aspects moraux. Il fait, entre autres, l'hypothèse que le niveau sémantique et moral de la compréhension et de l'action sociale présente une autonomie réflexive par rapport aux mécanismes cognitifs, évolutionnaires et culturels qui influent les comportements humains. Il s'est intéressé à comprendre

le mécanisme des erreurs ou l'accès à la vérité et de quelle façon se conçoit la rationalité des acteurs. *«Il soutient que le caractère intentionnel de l'action est inhérent à la notion d'erreur pratique et qu'elle requiert la capacité du sujet à reconnaître réflexivement son erreur, en référence à des normes consensuelles ou, au moins, à des normes débattues dans une certaine communauté sociale»*. (Borzeix, Bouvier, Pharo, 1998). La méthode utilisée est l'analyse sémantique qui consiste à chercher les composants distinctifs ou exclusifs de ces concepts.

Borzeix, (1998), quant à elle, s'est intéressée, à comprendre le lien entre cognition et action du point de vue méthodologique et *«propose une méthode, inspirée notamment de l'ethnométhodologie, afin d'observer empiriquement, à partir des indices déposés dans le discours des acteurs sur leurs actions, la façon dont ceux-ci interprètent et comprennent les interactions avec leur environnement»* (Borzeix, Bouvier, Pharo, 1998). Elle montre aussi *« comment les recherches menées en ergonomie sur la complexité cognitive des tâches les plus ordinaires peuvent être reprises et renouvelées par des approches centrées sur les procédures d'interprétation présentes au cœur des activités élémentaires de coordination et coopération, action, donc, en quelque sorte, collectives mais auxquelles le sociologue, jusqu'à récemment, n'avait guère coutume de s'intéresser »*. (Borzeix, Bouvier, Pharo, 1998).

Bouvier, (1998) a travaillé en philosophie des sciences sociales et en théorie sociologique, sur les développements critiques de la théorie du choix rationnel et les rapports entre sociologie et économie. Il s'est intéressé aux théories de l'argumentation et de la rhétorique. Il étudie un autre élément du discours argumenté, *«celui qui concerne, cette fois, sa disposition ou son agencement. Il est conduit, pour cela, à revenir aussi bien sur les relations entre traditions pragmatiques et traditions rhétoriques qu'entre théories de l'argumentation et psychologie cognitive»* (Borzeix, Bouvier, Pharo, 1998).

1.2 La psychologie ergonomique et la psychologie du développement

a) La psychologie ergonomique : L'apport de Leplat, (1997) permet de faire la distinction entre "tâche" et "activité" d'une part et "prescrit" et "réel" d'autre part. La tâche est le but attendu sur la base de conditions déterminées, chaque opérateur se construit une représentation différente selon son histoire, son niveau d'expertise et sa connaissance du contexte du travail « *Il y a toujours plus dans le travail réel que dans la tâche prescrite. Que l'activité finisse toujours par déborder la tâche et sa prescription n'est pas vrai seulement des activités à forte dimension cognitive, comme les activités de conception* » (Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006).

b) La psychologie du développement : D'un côté, les travaux de Piaget relatifs à une théorie de la connaissance d'inspiration évolutionniste, centrée sur le développement de la connaissance chez l'enfant, lui ont finalement permis de construire un "modèle théorique du développement cognitif". Dans ce modèle, le développement consiste dans la construction d'invariants opératoires. L'invariant opératoire fait le lien entre la forme prédicative et la forme opératoire de la connaissance, lesquelles sont construites par le sujet au cours de son développement.

D'un autre côté, sur la base d'une orientation en rapport avec une théorie de l'action, Piaget a proposé le concept de schème, comme une organisation de l'action. Ce concept représente un apport important notamment pour le développement de la didactique professionnelle « *Le schème est en effet le moyen d'assimiler de nouveaux objets et de s'accommoder aux propriétés nouvelles qu'ils présentent par rapport aux objets antérieurement assimilés* » (Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006). Pour Piaget, le développement est le passage d'une position très centrée sur le sujet à une position qui s'ouvre vers le réel alors que pour Vygotski le développement est une ouverture vers l'abstraction.

L'apport conceptuel de Vygotski, (1997), c'est la signification des mots, « sens » et « signification », la médiation par l'adulte du processus d'apprentissage à développer.

c) La psychologie ergonomique et la psychologie du développement ont faite émerger plusieurs nouveaux champs méthodologiques :

- La "didactique professionnelle" (cf. Pierre Pastré), basée principalement sur la théorie de la conceptualisation de l'action de Piaget.
- La clinique de l'activité (cf. Yves Clot), qui porte son attention sur la façon dont le sujet revisite son histoire, réalisant la différence entre travail réel et travail prescrit.
- Le courant de l'explicitation (cf. Pierre Vermersch), qui a pour but d'étudier *l'expérience subjective* du sujet, à partir de ce qui peut être empiriquement recueilli des *dimensions* implicites, *pré-réfléchies*, de *l'expérience* vécue à la première personne.
- Le cours d'action, une approche constructiviste de la cognition, l'expérience acquise par les acteurs dans leurs situations, de la nouveauté relative de l'action, de son caractère à la fois individuel et collectif (cf. Jacques Theureau, Francisco Varela, Marc Durand), et entre autres.
- La psychodynamique des situations de travail (Cf. Christophe Dejours et Philippe Davezies), avec l'influence de la psychologie, de la psychiatrie et de la psychanalyse. Ce courant a pour but de comprendre quelles stratégies les acteurs mettent en œuvre dans le travail quotidien pour ne pas se laisser affecter par des pathologies. Il considère également l'analyse en termes d'intelligence mobilisée au travail. l'enquête est construite à partir de l'analyse de la demande du collectif de travailleurs concernés, le matériel de l'enquête est à la fois constitué par les commentaires des travailleurs sur le contenu de leur demande et par celui des chercheurs.

1.3 La pragmatique linguistique

Elle propose des analyses du matériau langagier, basé sur la sémantique argumentative et la construction discursive du sens, du caractère socialement fondé et organisé des interactions langagières en situation. Il s'agit de différents modèles, lesquels sont décrits, comme suit :

1.3.1 L'ethnographie

Elle s'insère dans l'observation de la culture. C'est une écoute descriptive de toutes les données relatives à la vie d'un groupe humain déterminé. Observer la culture n'est pas un objectif facile. Il est nécessaire de trouver la pratique qui permet le regard qui y correspond. En conséquence, il est important « *de bien observer pour déterminer le comportement réel* » (Malinowski, 1963 ; Piette, 1996). Dans ce contexte, elle ouvre sur l'étude comparative des systèmes sociaux, c'est-à-dire sur l'ethnologie et la théorie structurale (l'anthropologie sociale).

D'une part, l'ethnologie, associée à la méthode de l'observation participante, se centre sur le « *détail concret et les discours locaux* » (Strauss, 1964 ; Piette, 1996) des sociétés dans l'ensemble de leurs manifestations linguistiques, coutumières, politiques, religieuses et économiques, comme dans leur histoire particulière.

D'autre part, la théorie structurale se centre sur la « *généralité* » (Strauss, 1964, Piette, 1996), il s'agit de l'homogénéité socioculturelle et de l'insécabilité des éléments.

À l'écart de ces deux démarches scientifiques, c'est l'ethnographie qui correspond à l'observation et à la description de « *tous les faits* », en « *eux – mêmes* » et « *en relation avec l'ensemble* », en vue de la construction d'un « *modèle* », qui devra répondre à la double condition de *n'utiliser d'autres faits que ceux considérés et de rendre compte de tous.* » (Strauss, 1964 ; Piette, 1996).

Nous pouvons dire que le mode d'observation ethnologique oriente l'ethnographie de l'action vers l'identification d'une singularité, sur la base de la concrétude de la vie humaine et de la compréhension d'une totalité culturelle. Il faut décrire également ces comportements réels en termes concrets, dans ce cas, les détails

pertinents sont la possibilité qu'ils soient réintégrés par l'anthropologue dans une norme concrète qui correspond à un modèle comportemental partagé par les membres de groupe.

L'ethnographie a légitimement constitué ses procédures de recherche et ses critères de validité autour de la notion d'objectivation.

1.3.2 L'interactionnisme symbolique

L'objectif d'observation n'est pas la culture, c'est l'interaction entre les individus, l'interaction elle-même, dans les termes de Goffman les «*comportements mineurs*» ou les «*régularités*», mais, avec un objectif qui ressemble transversalement à tous les courants sociologiques, l'interprétation et la compréhension du social, pour donner du sens à l'action humaine.

L'interactionnisme symbolique est l'une des formes de cette sociologie compréhensive, «*il s'intéresse à ce qui se joue entre les acteurs dans la détermination mutuelle de leur comportement*» (Le Breton, 2004).

Méthodologiquement il se base sur l'observation de comportements concrets, quand l'individu est en relation avec les autres. Il s'agit de l'interaction qui rend compte de son efficacité quand se trouvent des significations partagées. «*L'observation, en tant qu'elle est une interaction sociale, procède à partir de typifications extraites du bon sens et utilise des idéaltypes à l'instar de l'homme de la vie quotidienne pour comprendre comment l'acteur parvient à percevoir et à interpréter son environnement*» (Piette, 1996).

Cette modalité d'observation, sans doute, a un mode empirique à respecter. D'ailleurs, l'interactionnisme considère que l'individu est un acteur interagissant avec les éléments sociaux et il construit son univers de sens à travers une activité délibérée de donation de sens. Par ailleurs, c'est la dimension symbolique ou condition du rapport au monde.

Dans la vie quotidienne sont proposés des multitudes de signes (langage, geste, etc.), qui sont sujet de significations attribuées par les uns et les autres et que selon la familiarité ou cette émotion des uns et des autres face aux (signes)

renvoie à la dimension du sens, c'est-à-dire celle du symbolique, « *chaque individu acquiert dans l'enfance la faculté de passer du général au particulier pour attribuer une signification à un fait* » (Le Breton, 2004).

L'interprétation occupe une place fondamentale dans l'interactionnisme, elle fait de l'individu un acteur de son existence ; l'interaction est commandée par l'autoréflexion de l'individu et sa capacité à se mettre à la place d'autrui pour le comprendre. « *La signification d'un objet ou d'une situation ne réside jamais en eux-mêmes mais dans les définitions ou les débats qui les visent* ». (Le Breton, 2004).

Finalement, ce qui est intéressant pour l'interactionnisme est la construction du sens dans le moment de l'interaction, la capacité pour l'acteur de se comprendre et de rendre compte de son action et de constituer ainsi la réalité.

1.3.3 L'ethnométhodologie

C'est une version radicale de l'interactionnisme, selon laquelle la réalité sociale peut être décrite et comprise à travers les pratiques ordinaires et banales de la vie quotidienne. Elle naît dans le courant des années 1960 autour des travaux de Garfinkel. « *L'ethnométhodologie est l'étude des connaissances et des activités pratiques de la vie ordinaires individus dans leurs interactions et leur rapport à la société* » (Le Breton, 2004). Le phénomène fondamental sur lequel se focalise l'ethnométhodologie est la production, locale et endogène des choses les plus ordinaires de la vie sociale.

Pour l'Ethnométhodologie le monde est là, le souci n'est pas de le transformer mais de le décrire sur la base de la société ordinaire, telle qu'elle est vécue. « *De quoi est faite la société ordinaire en tant, d'une part, qu'elle est assemblée dans le milieu des écécités banales, locales et endogènes, de la vie courante, d'autre part, qu'elle fournit son contexte à toute question d'ordre, de logique, de sens, de méthode, de raison, de rationalité, de science, de vérité* » (Garfinkel, in : De Fornel ; Ogien ; Quéré, 2001).

Les ethnométhodologues refusent de s'engager dans des jugements de valeur ou des prises de positions. La tâche n'est pas d'être critique, de juger de la pertinence

des procédures de sens commun et des activités qui en découlent, mais d'en analyser les propriétés.

Les objets et les méthodologies sont adéquats et spécifiques aux phénomènes. Ici la recherche tente de prouver qu'il y a de l'ordre dans les activités les plus ordinaires de la vie quotidienne, que cet ordre est présent dans ce qu'elles ont de plus concret, « *Les études ethnométhodologiques essaient de découvrir et de caractériser sous formes à la fois d'objets et de procédures, ou encore de méthodologies alternatives* ». (Garfinkel, in : De Fornel ; Ogien ; Quéré, 2001).

La méthode consiste à identifier les modèles récurrents mis en œuvre par les membres dans un contexte social en se documentant sur eux, c'est -à-dire en examinant leurs sens par l'observation de ce que les gens font.

Selon Le Breton, (2004), du point de vue de l'ethnométhodologie, trois propriétés caractérisent les procédures de pensée et de pratique sociale de la vie courante :

- **L'indexicalité** : La vie sociale se construit à travers les gestes et les mots échangés qui ne prennent sens que dans le contexte de leur énonciation. Les expressions indexicales sont des expressions telles que « je », « nous », « cela », « maintenant », etc. Ce terme issu de la linguistique traduit le fait que même si un mot a un sens général, il prend une signification distincte dans toute situation particulière qui voit son utilisation.
- **La réflexivité** : Le terme renvoie au fait que le langage est une pratique qui non seulement décrit, mais aussi constitue la réalité. La description d'une situation n'est pas extérieure à elle. Elle participe de son institution, et s'inscrit elle-même dans la réalité sociale. En parlant, par exemple, nous construisons le sens de ce que nous sommes en train de faire.
- **La typicalité** : La manière dont les événements et les faits se rangent dans des formes régulières, prévisibles, typiques. Elle inclut l'ambivalence, le mélange confus des connaissances claires et de préjugés, de simplifications, etc.

1.3.4 La sociologie de Goffman

L'objet de la sociologie de Goffman est celui d'un homme sous le regard des autres. Le sujet goffmanien est divisé par le regard d'autrui, l'individu oscille entre le cynisme et la sincérité dans la présentation de soi, avec un point intermédiaire: une relative lucidité sur soi. « *La carrière morale, par conséquent le moi de chacun, s'élabore dans les limites d'un système institutionnel, que ce soit un établissement social comme un hôpital psychiatrique, ou un complexe de relations personnelles et professionnelles. Le moi semble ainsi résider dans les dispositions d'un système social donné à l'usage des membres de ce système. En ce sens, le moi n'est pas la propriété de la personne à qu'il est attribué mais relève plutôt du type de contrôle social exercé sur l'individu par lui-même et ceux qui l'entourent* » (Goffman, 1968). Pour Goffman, l'identité individuelle est le résultat de la confrontation des définitions de soi revendiquées et attribuées.

La méthode chez Goffman est un regard microsociologique, la plus petite des scènes du quotidien: la société comme un spectacle des apparences mené par des acteurs en représentation. C'est-à-dire « *de la structure de l'expérience individuelle de la vie sociale* », où les interactions de face à face, la conversation par exemple, où les acteurs sont engagés les uns envers les autres par une attention soutenue et les relations en public, une interaction non focalisée, par exemple, les passants dans une rue, les clients d'un magasin, une file d'attente devant un cinéma sont ses entrées privilégiées.

Il ne présente pas le résultat de sa recherche de manière absolue, car il présente des affirmations sur certaines pratiques sociales et celles-ci sont développées dans un lieu et moment déterminés et par des gens de divers types, « *je tiens cette description par postulat comme u mal nécessaire. Au lieu de généraliser absolument ou statistiquement, j'affirmerai qu'une pratique donnée a cours parmi un ensemble d'individus « habituellement», «souvent», ou « occasionnellement». Ainsi, je me permets de manquer de faits établis tout en feignant la précision* » (Goffman, 1973). Chez Goffman, nous surprenons avec les remarques conceptuelles, sur la base, des termes du langage commun dont il détourne la signification dans une démarche théorique.

Les détails de l'interaction observés par Goffman, à partir de ses expériences, se caractérisent de la façon suivant:

- L'interaction est un ensemble de signes pertinents, le style de l'action, la manière selon laquelle elle est effectuée, sa relation au contexte. (Goffman, 1988, in Piette, 1996).
- L'interaction est fondée sur une acceptation mutuelle. Sur fond de l'information produite qui permet à l'acteur de prédire le comportement désiré de ceux-ci (Goffman, 1953, in Piette, 1996).
- L'interaction se constitue selon un équilibre précaire. Les descriptions des difficultés interactionnelles sont multipliées. Elles sont causées par les incapacités linguistiques, les apparences physiques des individus, les problèmes de situations non spontanées, les différentes modalités de violations et d'offenses territoriales. (Goffman, 1988, in Piette, 1996).
- L'interaction est aussi un jeu stratégique. En présence d'autres personnes, on a en général de bonnes raisons de se mobiliser en vue de susciter chez elles l'expression qu'on a intérêt à susciter. (Goffman, 1973, in Piette, 1996).

L'interaction est le moment où l'individu perd l'autonomie de sa représentation pour entrer dans la sphère de l'influence immédiate d'un public, dont les détails gestuels, visuels et corporels sont repérés par «l'adaptation de son corps» à celui des autres et à la situation. C'est-à-dire, les ritualités qui sont prises par l'individu pour orienter ses conduites sont variables selon le contexte: « *je soutiens, que toute définition de situation est construite selon des principes d'organisation qui structurent les événements – du moins ceux qui ont un caractère social- et notre propre engagement subjectif. Le terme de « cadre » désigne ces éléments de base* » (Goffman, 1991), donc chez Goffman, la définition de la situation par les acteurs dépend de la perception qu'ils ont les uns des autres des dynamiques perceptives.

1.3.5 La pragmatique du discours

L'analyse du discours est un domaine de recherche qui a évolué selon des courants très divers. Nous distinguerons, de façon générale et à partir d'une vue scientifique, deux démarches parallèles de la notion du discours : la première, conçoit le discours en tant qu'objet de recherche et la seconde, en tant que méthode d'analyse des données. (Figure 2)

Figure 2. Comparaison des différentes perspectives du discours					
	Le discours comme objet de recherche			Le discours comme méthode de recherche	
Nature de la réalité sociale	Réaliste	Construite socialement dans l'interaction	Subjectiviste	Subjectiviste	Réaliste
Centre d'attention	Fonction	Processus collectif	L'acteur et représentation	Plusieurs voix : polyphonique.	Unique voix : monologue.
Conception du discours	Une technologie du changement.	Un outil de co-construction de l'identité organisationnelle.	Un moyen de construction de légitimité.	Des connecteurs pragmatiques, des temps verbaux et de la référence. Le présupposé, le posé et le sous-entendu	Le discours se réduit aux énoncés qui le composent et le contexte
Conception de l'organisation	Réalité objective	Médium et produit des interactions	Univers subjectif		
Conception de la communication	Transmission d'information	Co-construction de la réalité	Création de représentations-signification		
Objectif des chercheurs	Expliquer et prédire	Décrire le processus de construction et de négociation	Comprendre	Le sens, comprendre.	Expliquer
Auteurs de référence	Benveniste E. Berry M. Crozier M. Friedberg E. Kerbrat-Orecchioni C.	Austin J.L., Abric J.C., Boje D. Borzeik A. Chiapello E. Weick K. Van Dijk T.A.		Austin J.L. Searle J. Ducrot O. Charaudeau P.	
Chercheurs utilisant le discours	Alvarez F. Touchelay B.	Delfour J.-J Rivière A. Chekkar R., Onnée S.	Vignaux G. Damiani L.		

Élaboration propre sur la base de Giroux P.; Marroquin L. (2005) et Cailluet L. ; Déjean F. ; Saboly M. (2006).

Le discours en tant qu'objet de recherche, notamment les chercheurs en sciences de gestion qui se sont intéressés aux discours : managérial, des dirigeants, de l'entreprise et dans l'entreprise. Également, nous pouvons présenter l'analyse du discours comme une méthode d'analyses des données. « *Ce qui provoque parfois une certaine confusion et une certaine difficulté à faire le lien entre les données empiriques et le cadre théorique élaboré par les chercheurs* » (Alvesson ; Karreman, 2000).

1. Le discours comme objet de recherche

- Le discours comme un outil :

Dans cette perspective, la réalité sociale a conçu l'organisation comme une réalité objective. La réalité sociale est construite socialement dans l'interaction.

L'objet de recherche est centré en la fonction du discours, c'est-à-dire, le discours est compris comme un instrument de gestion. Par exemple : Alvarez (2006) le discours se présente comme une sorte particulière de « *mécanisme social de la conduite, comme un moyen puissant de la régulation par signe de l'activité humaine* » (Ricœur et Sebestik, 2004). Alvarez (2006) analyse les conditions de production d'un discours managérial dans un contexte de changement organisationnel. Elle observe que le processus de changement aboutit à une modification des rapports de pouvoir où le discours devient lui-même une technologie du changement.

- Le discours comme un outil de co-construction de l'identité organisationnelle

La réalité sociale de l'organisation est conçue comme un « *processus organisant* » (Weik, 1979), l'organisation peut-être vue « *comme un ensemble de pratiques matérielles des textes et des discussions placés dans des courants d'économie politique et socio-historiques dans le temps et dans l'espace* » (Boje, Oswick, Ford ; 2004).

Dans cette perspective le discours est un mécanisme de construction *«une sorte d'instrument, de moyen, donc suffisamment distinct de soi et de son identité ; il est un outil »* (Delfour, dans Cailluet, Déjean et Saboly 2006).

L'organisation est un moyen qui produit des interactions où la communication permet la co-construction de la réalité. Chekkar ; Onnée (2006) ont montré lors de leurs recherches que d'une part, *« les discours managériaux ne peuvent se comprendre qu'au regard des différents contextes dans lesquels ils s'inscrivent, confirmant ainsi « l'articulation du texte et du lieu social dans lequel il est produit »*. D'autre part, *« la personnalité du dirigeant occupe une place importante dans le processus de communication,..., un rôle de symbole, de porte-parole, de diffuseur et d'homme de réseau à la frontière entre l'entreprise et son environnement »*

L'objectif du chercheur est de décrire le processus de construction et de négociation, *« Une grande partie des études [...] ont donné à voir l'importance du langage dans la construction de l'apprentissage comme pratique sociale »* (Gold et Watson, 2001). Le chercheur met l'accent sur l'interaction et la co-construction de la réalité sociale.

- Le discours comme un moyen de construction de légitimité :

Pour faire face à la crise de légitimité, les entreprises cherchent la stratégie de communication pour s'approcher de leurs parties prenantes et ainsi réussir leur approbation.

La réalité sociale subjective et l'objet de recherche sont basés sur les acteurs de l'organisation et leurs représentations.

Dans cette perspective, nous concevons le discours comme un reflet de la culture de l'organisation, *« Il n'existe aucun discours qui ne soit argumentatif en regard d'un certain contexte. Ce qu'on entend par là, c'est que tout discours relèverait d'intentions persuasives traduisibles en modalités d'influence, en processus visant à la conviction »* (Vignaux, 1995, dans Cailluet, Déjean et Saboly 2006).

L'organisation se conçoit comme une réalité subjective, c'est-à-dire, elle s'intéresse aux représentations des acteurs. La communication est définie comme une offre de signification en permettant la création des représentations.

L'objectif des chercheurs est de comprendre les représentations et le sens construits par les acteurs de l'organisation dans le discours. Damiani, (1995), dans Cailluet, Déjean et Saboly (2006) montre notamment , « *que l'écriture constitue une étape importante pour les avocats, il observe surtout que la prononciation du discours devient primordiale pour la profession et nécessite de ce fait la maîtrise de techniques oratoires appropriées* ».

2. Le discours comme méthode de recherche, d'analyse des données :

- Une démarche polyphonique :

Le langage exprime des différents types de significations : propositionnel, sociale, affective entre autres. Or, c'est Austin (1962) le premier auteur qui a dit que les sujets parlants peuvent faire différentes choses avec la parole, « *il attache une importance particulière au langage, pour lui la meilleure façon d'aborder les faits, le réel, était de se laisser guider par le langage ordinaire* ». Austin (1962) « *entendait plutôt que le réel ne se laisse pas atteindre directement, mais justement par l'intermédiaire du langage* ». Son idée fondamentale est que quelques énoncés ne sont pas des affirmations ou des questions mais ils sont des actions, de là le titre de son ouvrage « *quand dire, c'est faire* ». Cependant, l'auteur arrive à une confusion au moment où il propose une classification performative des verbes en anglais. L'auteur Searle (1976), continue le travail d'Austin, mais à différence de lui, il propose une classification des verbes avec de forces illocutoires.

Pour Ducrot (1984) le discours a plusieurs voix est polyphonique, c'est-à-dire, « *plusieurs voix parlent simultanément, sans que l'une d'entre elles soit prépondérante et jauge les autres* ». Il se centre comme une méthode dans l'interprétation des connecteurs pragmatiques, des temps verbaux et de la référence.

Également Ducrot (1984) parle de l'analyse des actes de langage qui ont deux composants :

- la première, la description sémantique linguistique ou composant linguistique « *l'ensemble de connaissances qui permettent de prévoir, si un énoncé A de L a été prononcé dans des circonstances X* » et,
- la seconde, le composant rhétorique « *aurait pour tâche, étant donnée la signification A est attaché à A, et aux circonstances X dans lesquelles A est prononcé, de prévoir la signification effective de A dans la situation X* ».

A partir de ces deux composants Ducrot (1984, 1991) fait l'hypothèse qu'il peut y avoir deux types du sens de A et être compris dans le contexte X :

- le présupposé, « *est toujours reporté de la signification dans le sens. On pourrait même dire qu'il est écrit dans la signification* », et
- le sous-entendu, « *se caractérise par le fait que, tout en étant observable dans certains énoncés d'une phrase, il n'est pas marqué dans la phrase* ».

D'ailleurs, pour Charaudeau (1982), l'acte de langage comme « une mise en scène », est le résultat de deux activités : l'activité de production et l'activité d'interprétation dans un double circuit externe/interne.

L'activité de production est le fait d'un sujet protagoniste « le sujet communicant », qui a certain statut psycho-social « *du fait que parler c'est s'engager dans une certaine relation d'échange vis-à-vis, au moins, d'un autre protagoniste* » (Charaudeau, 1982).

L'activité d'interprétation est le fait d'un protagoniste, « *dès l'instant qu'il s'institue en sujet interprétant, endosse un certain statut social dans la relation d'échange qui lui est proposée et qu'il reconnaît* » (Charaudeau, 1982).

Selon le même auteur il y a trois composants qui constituent *le contrat socio-langagier*.

- Ils se donnent un certain statut psycho-social, chacun de ces statuts étant imaginé par chacun des protagonistes ;
- Ils sont chacun partie prenante dans un contrat d'échange qui est de l'ordre du Faire, et non de Dire, et qui dépend du statut psycho-social (rapport de pouvoir/soumission) ;
- Ils sont dépendants du canal physique de transmission (oral/graphique, direct/différé, etc.)

Le circuit externe « *qu'est le lieu des conditions de production et d'interprétation du langage sur lequel sont mis en scène un sujet communiquant et un sujet interprétant comme êtres agissants* » (Charaudeau, 1982).

Un circuit interne « *qu'est le lieu du Dire où sont mis en scène un sujet énonciateur et un sujet destinataire comme êtres de parole* ». (Charaudeau, 1982).

- Une démarche monologique

Finalement nous concevons une démarche comme quoi le discours a une voix unique. Il est une monologue et se réduit aux énoncés qui le composent, lesquels seulement peuvent être compris et interprétés dans un contexte déterminé.

Les discours analysés apparaissent ici comme des monologues émanant du sujet parlant : seul leur voix (ou leur écrit) est écoutée (ou lu), il n'y a pas d'interaction.

1.4 La théorie cognitive de l'apprentissage, dans une perspective psycho-culturelle

Au début des années 1960, Jérôme Bruner crée à Harvard, avec George Miller, le *Center for Cognitive Study*, avec le but d'impulser une «révolution cognitive», qui placerait «la signification au centre de la psychologie» : « *Nous voulions découvrir et décrire formellement les significations que l'être humain crée au contact du monde, et émettre des hypothèses sur les processus à l'œuvre dans cette création. Nous voulions étudier les activités symboliques que l'homme utilise pour construire et donner un sens au monde qui l'entoure et sa propre existence* », «*car la culture donne forme à l'esprit*⁹» (Bruner, 1983). Cette approche de la cognition, plus interprétative, mettait au centre « *la construction de la signification* ».

Parallèlement, Bruner, avec le *Center for Cognitive Study*, décidait de créer une nouvelle psychologie culturelle. Il manifeste que le langage est un outil d'élaboration de l'expérience et il conçoit le développement humain comme un

⁹ Titre d'une de ses ouvrages

processus de collaboration entre l'enfant et un adulte. L'adulte est ainsi envisagé comme médiateur de la culture : « *notre projet était de créer une nouvelle psychologie culturelle qui ne se limite pas aux seuls aspects logiques et abstraits de la pensée, mais qui permette d'étudier l'être humain en tant que producteur de rêves, d'idées, de projets, ainsi que porteur et créateur d'une culture* ». (Bruner, 1983).

Toutes les hypothèses que l'auteur fait sur l'éducation sont dérivées de la théorie du développement cognitif. Sa principale question est ; comment éduquer l'homme pour qu'il se serve du patrimoine culturel?. Pour Bruner, l'homme n'est pas seulement un être biologique, mais surtout un être culturel. Cette culture est très élargie et l'homme par lui même ne peut l'assimiler. L'éducation et l'aide des adultes sont donc nécessaires.

Nous nous focaliserons sur les aspects de la théorie de Bruner liés au sujet de thèse, « la qualification de l'environnement

- **L'attribution de signification à l'environnement et le développement de l'enfant :**

L'apprentissage de la langue est peut-être la première étape cruciale de la socialisation de l'enfant. Le langage est crucial en ce qu'il va permettre à l'enfant d'interagir plus efficacement avec son environnement. C'est également une étape importante pour la construction de son identité. Le langage permet à l'enfant de s'affirmer. Il est important de comprendre comment l'enfant apprend le langage?. Comment l'enfant passe de la communication à la parole?.

Selon Bruner, (1983,1987) la relation parents / enfant est cruciale pour l'acquisition du langage. L'enfant doit pouvoir avoir un modèle, quelqu'un qui le stimule et c'est en général la mère qui joue ce rôle. L'enfant n'apprend pas à parler seul, il a besoin de l'interaction avec ses parents, tout particulièrement avec sa mère. Les travaux Vygotsky de avaient montré auparavant l'importance de l'interaction dans l'acquisition du langage, spécifiquement dans son ouvrage « *Pensée et Langage* ».

Ce courant a été repris par Bruner, (1987) qui a étudié la manière dont les parents apprennent aux enfants à parler. Il développe l'idée selon laquelle le dispositif

d'acquisition du langage donne la possibilité de dégager les règles grammaticales propres à une langue particulière et permet ainsi à l'enfant de produire tous les énoncés de cette langue.

Selon Bruner, (1987) il y a deux aspects fondamentaux dans l'acquisition du langage.

- La notion de lien affectif parental :

Pour apprendre à parler, l'enfant a besoin des autres êtres humains. On comprend le rôle majeur des parents, surtout de la mère, au cours des débuts de l'acquisition du langage : *«Je soupçonne qu'une grande partie du développement commence par tourner vers nos propres traces et en formulant nouvellement en clé, avec l'aide de tuteurs adultes, ce que nous avons fait ou ce que nous avons vu, pour atteindre de nouvelles manières d'organisation»* (Bruner, 1987).

Selon Bruner, (1983, 1987), l'enfant adopte plusieurs canaux de communication. Par des mimiques, des gestes, il arrive à se faire comprendre de son entourage, ensuite, il s'exerce à prononcer des sons plus ou moins proches des mots du langage commun. En les associant sommairement, il réussit à expliciter ce qu'il souhaite obtenir de ses proches. Nous pouvons dire que la parole fait partie du domaine du corps, le corps tout entier est engagé. Les expressions faciales vont exprimer tout le registre des émotions. Le déplacement dans l'espace est aussi en jeu, la distance sociale, c'est-à-dire, l'éloignement de celui qui émet son message par rapport à celui qui le reçoit est une convention sociale qui varie selon les civilisations. L'enfant apprend d'abord, donc, à communiquer avant d'apprendre à parler.

Les parents ont un rôle important dans cet apprentissage, surtout la mère. Ils doivent encourager l'enfant à délaisser le jargon de la toute petite enfance dont l'efficacité se limite au cercle étroit des relations familiales au profit de l'acquisition du langage commun à une culture qui lui permettra de se confronter à des situations plus variées et à des expériences nouvelles.

Ainsi, la qualité d'interaction avec les parents, spécialement la mère conditionne l'acquisition du langage oral, le bébé comprend la parole de la mère par les intonations, les mimiques et les mouvements de la bouche, plus que par le mot lui-même. Dans ce contexte Bruner lie intimement culture et langage. Il dit que « *c'est la culture qui force l'homme à maîtriser le langage et le langage sert de support pour transmettre la culture à l'enfant, ..., l'enfant apprend à employer le langage pour obtenir ce qu'il veut, jouer, rester en contact vocal avec son entourage...ce faisant, il apprend les contraintes qui prévalent dans sa culture et qui sont concrétisées par les restrictions et les conventions imposées par les parents* » (Bruner, 1987).

Nous pouvons dire ainsi, que les enfants ont déjà un comportement de communication différent selon leurs origines sociales, et l'appartenance à une culture particulière car la communication renvoie au corps mais aussi à la représentation de l'autre, à la notion d'espace et du temps, qui sont les fondements de la culture. « *Mon point de vue est que la culture (et non la biologie) donne forme à la vie et à l'esprit de l'homme, qu'elle donne une signification à son action en situant l'intentionnalité qui la sous-tend dans un système interprétatif précis* » (Bruner, 1991).

De ce fait, communiquer ce n'est pas tant gérer de l'information mais des stratégies, car selon Bruner, le développement cognitif, l'acquisition du langage et de la culture s'effectuent dans le cadre d'interactions permanentes avec l'environnement, avec autrui et non par le seul déploiement autonome de capacités mentales.

Parler c'est agir. Quand les hommes parlent, ils transmettent de l'information. Pour interagir, ils font des actes, «le dire c'est le faire», parler, c'est gérer des stratégies, car les êtres humains utilisent le langage pour vivre ensemble.

Le développement de l'intelligence est d'abord intimement lié à la capacité de construire des comportements intentionnels. Les intentions sont fondamentalement liées à la culture des individus, en lien à la notion de mémoire collective et narrative. «*Il existe des relations qui sont basées sur une série de suppositions et de croyances communes en référence au monde, le fonctionnement de l'esprit, des choses*

que nous sommes capables de faire et la manière de réaliser la communication » (Bruner, 1986).

Cette intentionnalité va se réguler sous l'effet de l'acte, comme une action volontaire. Selon Bruner, elle précède « *le savoir-faire* » et cette intentionnalité de l'enfant sera interprétée par son entourage, permettant ainsi à l'enfant d'accéder au langage et finalement à la socialisation. C'est dans ce contexte que la notion de « *lien affectif parental* » de Bruner est proche de la notion de « *lien affectif relationnel* » de Maturana et Varela: « *L'acceptation de l'autre à côté de nous dans la vie en commun (dans le quotidien), c'est le fondement biologique du phénomène social, ... sans l'acceptation de l'autre à côté de nous il n'y a pas de socialisation.* » (Maturana , Varela, 2006).

- Le développement de la fonction référentielle :

C'est le moment où l'enfant comprend que ce qui l'entoure peut être nommé, que chaque chose à un nom. Quand l'enfant développe des notions primitives de sémantique, il se met à accompagner ses gestes référentiels de désignation par des sons puis le son se substitue au geste. Ainsi, les conventions linguistiques sont habituellement des formes initialement primitives qui se sont normalisées en se socialisant au cours des échanges.

La fonction référentielle sert à préciser le référent d'un message en clarifiant le contexte d'interprétation d'un énoncé donné. C'est-à-dire, si le locuteur fait référence à un objet, il précise alors à son interlocuteur l'objet dont il fait référence, à l'exclusion de tout autre. « *La référence ne dépend pas seulement de la domination de la relation entre les signes et les signifiés, mais de l'usage des procédés sociaux accordés conjointement entre eux, pour assurer que le signe et le signifié dans un processus d'union se cachent sous une forme négociable avec les usages des autres* » (Bruner, 1983).

Dans les échanges de communication qui impliquent complètement la fonction référentielle, un des éléments de cette situation de communication n'est pas fixé,

c'est inconnu : c'est le référent, sur lequel les deux participants doivent conjointement focaliser leur attention.

Les situations de communication constituent un sous-ensemble des situations interactives. Le sens classiquement donné aux situations de communication présuppose, dans la communication référentielle, un référent, connu de l'un des partenaires, et que l'autre devra reconnaître.

L'accent est mis sur un transfert de signification, dans un schéma classique ; un des participants, l'émetteur, code un message destiné au partenaire (le récepteur) et le produit ; le message concerne un référent (objet, personne). Le récepteur interprète le message (le décode), nous pouvons inférer que l'interprétation est une façon d'agir sur autrui « *malgré sa diversité, les interprétations partagent une caractéristique extraordinairement importante : toutes s'efforcent pour invoquer un état intentionnel (un motif, un état d'esprit)* ». (Bruner, 1986

1.5 Quels sont les liens de la théorie de Jérôme Bruner avec la formation des adultes ?

L'auteur, Bruner (1966, 1972) pense que les écoles font des changements forts dans le développement de la pensée, surtout dans la penser logique ou abstraite. Donc, il n'est pas suffisant qu'une personne arrive à l'âge adulte pour avoir un type de pensée abstraite, formelle, ainsi, nous pourrions inférer que les personnes qui ne font pas de études lors de leur enfance, leur pensée n'est pas imprégnée par la logique hors contexte, développée à l'école. Leur logique est liée à la vie immédiate; leur façon d'apprendre est très liée à l'imitation dans le travail, plus liée à l'action qu'au langage. Sur la base de la pratique, chaque personne apprend à vivre et à agir. C'est-à-dire, le passage du penser concret au penser abstrait dans la formation des adultes est sensible, car, l'adulte chercherait la connaissance utilitariste, qu'il peut mettre en place de façon immédiate.

Selon Bruner (1971, 1972), les sociétés doivent inciter chez les personnes l'engagement pour apprendre. Cet engagement est plus important quand les adultes sont motivés pour le sujet qu'ils vont apprendre et non par des éléments

externes comme le sont les titres. « *Une activité doit avoir une structure significative pour stimuler une capacité supérieure à laquelle l'individu a et qui sera atteinte pendant l'exercice de l'effort* » (Bruner, 1972).

C'est-à-dire, il y a une structure fondamentale de chaque sujet *enseignant* pour chaque sujet *apprenant* assimile l'essentiel, «*le noyau basique*», les idées fondamentales, «*Le plus fondamental ou basique est l'idée que l'on apprend, le plus important sera sa pertinence à des nouveaux problèmes* » (Bruner, 1972).

Le «*formateur*» ou «*l'accompagnateur*» sont les principales ressources de la Formation des Adultes, ils sont un agent, un interprétant qui offre des formes au regard de l'environnement, une personne qui n'impose pas, mais qui aide les autres dans la construction du sens.

1.6 Les options de la thèse

Nous nous situons dans la Théorie de l'Activité. De ce point de vue, la notion de qualification peut être comprise à partir de l'analyse des activités professionnelles en situation de travail, ceci lié à la Théorie de l'Activité, développé au CNAM et qui s'inscrit dans un courant de la psychologie historico-culturelle initié par Vigotsky L. et Leontief A. et prolongé au CNAM par; Barbier J.M. et Clot Y.

L'analyse de l'activité est centrée au sein de la thèse dans le courant théorique de la pragmatique linguistique, spécifiquement dans une démarche de ethnométhodologique de la pragmatique du discours. Les activités des dirigeants sont comprises à partir de ce que les dirigeants font en interaction avec leurs collaborateurs, dans un contexte, taille et type d'organisations déterminés, un hôpital, et leur forme particulière de résoudre les problèmes de la vie quotidienne dans les organisations.

L'analyse de l'activité et spécifiquement de l'activité de qualification est comprise dans le cadre de la Théorie Cognitive de l'Apprentissage, dans une perspective psycho-culturelle de Lev Vigotsky et Jérôme Bruner.

II. L'action de diriger et des dirigeants

1. Les courants théoriques

1.1 Les paradigmes d'organisation

D'abord, avant la mise en débat des paradigmes et les pratiques organisationnelles, il est important de nous poser la question d'où diriger le regard quand on cherche à comprendre les activités de dirigeant ? « Vers les activités elles-mêmes » serait-on tenté de répondre. Mais dans quel contexte?. Au début on pense à « *l'organisation* », où elle présente en effet « *un ensemble de dispositifs sociaux, techniques, culturels, juridiques, éthiques, destinés à permettre l'action collective en vue d'obtenir des résultats* » (Lorino, 2005). Elle engage une double dimension d'action et de signification « *les acteurs s'efforcent à donner un sens à leurs expériences, au flux d'événements dont ils sont partie prenante, à leur relation à autrui et à l'organisation* » (Grimand, 2009). C'est précisément l'apport de cette double dimension ce qui a permis de montrer l'organisation selon des paradigmes en accord aux cadres culturels.

Du point de vue de la théorisation d'origine américaine Stewart, (1991), c'est le paradigme concurrentiel qui indique que dans les organisations publiques et privées actuelles, toute stratégie mise en œuvre a pour but d'augmenter la valeur, sur la base de l'évaluation de l'action.

Dans le monde de l'entreprise privée, les actionnaires demandent aux dirigeants des compétences de mise en place de stratégies ayant pour but la maximisation de la valeur boursière pour l'actionnaire, de la valeur distinctive des concurrents, c'est-à-dire, faire face à la scène compétitive dynamique où le plus important est la compréhension des forces globales, la réaction immédiate, et l'innovation dans la définition des stratégies. Il s'agit du paradigme concurrentiel ayant pour base la légitimité de la stratégie et qui s'appuie sur la relation de compétitivité, ayant pour mission la maximisation d'une valeur industrielle.

Alors, il est légitime de se demander ce que l'on comprend par stratégie et quels éléments se distinguent dans ce concept. Selon Prahalad, (2000) « *la stratégie n'est pas un exercice où nous extrapolons une situation actuelle, sinon un exercice où nous imaginons le futur et nous irons l'incorporer de façon harmonieuse au présent* ».

De cette définition, on peut inférer que les stratégies incorporent des cours d'action distincts que les organisations mettent en place et que leur position compétitive dépendra de leurs compétences distinctives. C'est-à-dire celles que les concurrents ne peuvent pas imiter. Nous regardons l'organisation par rapport au dynamisme du marché et en envisageant toujours le futur, de telle façon que les dirigeants adoptent une position anticipatrice qui leur permet d'incorporer l'innovation en termes des processus et des nouveaux produits.

Dans ce contexte, nous pouvons faire l'inférence que cette théorie a oublié que l'élément humain est au centre des relations de travail, ou autrement dit, pour faire face à l'action, l'engagement initial et continu des personnes est prioritaire et se voit ultérieurement reflété dans les résultats de la stratégie. Alors, il apparaît que centrer le regard seulement sur le dynamisme du marché n'est pas suffisant.

À côté de cette théorisation d'origine américaine, il existe une tradition française complémentaire (Pasquet, 2004), qui propose deux grandes interprétations socio-économiques de la réalité en entreprise :

- La première s'appuie sur le paradigme financier ou transactionnel « [...] conçoit qu'un agent économique adapte logiquement son comportement de manière à optimiser les critères sur lesquels il se sent jugé, [...] en privilégiant les indicateurs numériques, « mécanisme de gestion » » (Berry ; Moisdon ; Riveline, 1979), donc la légitimité de la stratégie est basée sur la relation de délégation décisionnelle unissant actionnaires et dirigeant, qui a la mission de maximisation de la valeur boursière.
- La deuxième s'appuie sur le paradigme organisationnel « *rationalité limitée et la complexité pour une analyse en termes de relations de pouvoir, c'est l'approche de la sociologie des organisations dite « analyse stratégique » des acteurs* » (Crozier, 1962 ; Crozier et Friedberg ; 1977 ; Friedberg,

1993), de ce point de vue la légitimité de la stratégie est relative à la structure formalisant les rapports entre membres et dirigeants, qui ont la mission d'une valeur interne partagée.

D'ailleurs, on pourrait réunir l'ensemble de ces trois paradigmes, ainsi : « [...] la stratégie globale de l'entreprise résulte d'un compromis entre les attentes du marché, des actionnaires et de l'organisation. D'un point de vue conceptuel, cet équilibre correspond à l'interface des trois paradigmes [...] : le paradigme concurrentiel, le paradigme transactionnel et le paradigme organisationnel » (Mathé, et Rivet, 1992).

Sans doute, du point de vue de l'analyse stratégique des acteurs, le métier de dirigeant devient un objet de recherche de plus en plus investi, et notamment la question de la nature des compétences à mettre en œuvre pour réussir à atteindre les objectifs des organisations, en termes de processus de communication et de négociation avec tous les membres de l'organisation. D'un point de vue plus conceptuel, c'est-à-dire de la théorie managériale, l'équilibre du dirigeant correspond à l'interface des deux paradigmes: le paradigme concurrentiel et le paradigme organisationnel (Mathé, et Rivet, 1992).

En même temps, les dirigeants des organisations publiques doivent faire face aux pressions sociales (civiles et politiques) pour l'amélioration constante de la qualité, des opportunités, de l'accessibilité et de l'efficacité dans le fonctionnement du service, de même qu'ils ont le défi de mettre en place des stratégies permettant de répondre à ces pressions. La population civile est consciente de ses droits et exerce une pression pour donner et trouver des solutions à ces problèmes. Il s'agit, pour les institutions de formation du dirigeant de bien connaître les divers langages en usage sur le terrain de leurs organisations et d'agir volontairement sur eux-mêmes afin de réaliser les activités de mise en correspondance entre le discours théorique et les pratiques réelles.

Nous pouvons dire que ces *paradigmes de référence* représentent un regard sur le dirigeant du point de vue de l'emploi. Ce regard est focalisé sur les qualités humaines et les capacités nécessaires pour remplir le poste. Elles sont tenues sur la base des résultats de la recherche réalisée dans des contextes culturels

déterminés et sur la base de la spécialisation des champs d'application : par exemple l'économie, la gestion, l'éducation (Whitehead, 1925; Said, 1983, Wright, 1967). Elles s'expriment dans ce que nous pourrions nommer la théorie managériale, en trouvant diverses postures à l'égard de l'action de –diriger- le paradigme stratégique, le paradigme concurrentiel, le paradigme organisationnel. Tout ceci a un point en commun: pour accéder au poste de dirigeant, il est nécessaire d'avoir une série de talents exceptionnels qui favorise, dans l'organisation, la compréhension de forces globales, la réaction immédiate, l'innovation, la vision du futur, l'interprétation des indicateurs numériques (la comptabilité, le budget, l'économie), la rationalité limitée, etc. Parallèlement nous constatons qu'en général l'efficacité de l'activité du dirigeant est expliquée à partir de ces mêmes talents, en exacerbant l'individualisme et en oubliant l'aide reçue de ses collaborateurs.

Nous pourrions dire que cette perspective est cohérente avec le développement de la notion de qualification du poste dans les trente dernières années. Cette notion s'inspire sur du modèle taylorien et notamment de la différence qui à cette époque-là se fait entre « ouvrier qualifié » et « ouvrier spécialisé », et suivi des innovations et du progrès technique incorporé dans les entreprises qui ont des impacts sur les méthodes de gestion et de production.

1.2 L'action de diriger

Pour comprendre l'action de diriger nous avons choisi entre autres la théorie venant de sciences de la gestion, où se désignent quatre fonctions clés de l'administration : l'organisation, la planification, la direction et le contrôle des ressources d'une organisation une démarche centrée sur la figure du dirigeant engagé au quotidien dans les organisations.

Nous pouvons dire que dans l'action de diriger émergent quatre éléments:

- 1) Le dirigeant : celui qui fait l'action professionnelle de diriger ;
- 2) les dirigés : ceux qui sont dirigés par le dirigeant, des personnes;

- 3) la situation; les moments et le contexte où se développent l'action de diriger;
- 4) et les objectifs; les intentions qu'a l'action de diriger.

Nous nous centrerons alors sur la figure de dirigeant qui a une intention d'influencer sur l'activité d'autre individu, en rapport à une situation déterminée. Nous envisagerons comment le dirigeant, à travers l'action de « diriger » négocie son rapport au réel, dans le cadre d'organisation d'activités d'une part prescrites et d'autre part construites discursivement au fur et à mesure que les dites activités sont développées.

- **Diriger, vers l'omniprésence des organisations des activités, à la fois comme contexte et comme sujet:**

Dans des contextes préalables, le jeu autour de la norme, de la règle, constitue le point focal des activités d'autrui.

L'action de diriger tend à « *Faire Agir ; dans le cadre de [...], en référence à [...] et contribuer à la finalisation de l'agir* » (Barbier, 2010), il s'agit d'*agir sur l'engagement d'activité d'autrui*, c'est-à-dire une activité sur autre activité.

Si nous pensons que aussi bien l'action de diriger que celle d'éduquer sont des *actions d'intervention sur autrui* (Barbier, 2010), alors, nous pouvons comprendre également les notions d'engagement du point de vue des Sciences de l'Éducation : « *l'engagement révèle le niveau de motivation sous-jacente à l'activité, la motivation se rapporte à l'énergie et à la direction qui caractérisent le comportement, alors que l'engagement concerne la mise en action de cette énergie au moyen d'une connexion entre la personne et l'activité* » (Reeve, et al., 2004). Il s'agit de l'action de diriger en agissant sur la motivation qui provoque l'engagement dans l'activité et le finalise.

Pour revenir vers notre sujet « *l'action de diriger dans des contextes préalables* », nous faisons des hypothèses sur le rapport qu'entretiennent les acteurs à la règle et le rôle que joue l'action de diriger dans la connexion entre l'acteur et leur activité.

- **Diriger pour agir sur l'engagement d'autrui et accomplir les objectifs prescrits de l'organisation des activités :**

L'action de diriger peut être conditionnée, surtout, quand l'assignation des ressources au budget des organisations est liée à l'accomplissement des objectifs prescrits (indicateurs économiques, financiers, de production, de qualité, etc.). Nous pouvons dire que l'action de diriger est située dans un espace très large, « *les cycles de travail, les cycles de production* » mais en même temps très à côté.

Dans ce contexte, l'action de diriger est orientée pour influencer sur « le moteur » de l'engagement d'autrui, la motivation des acteurs, en termes de développement du *sentiment d'efficacité personnel* «*la croyance partagée par un groupe en ses capacités conjointes d'organiser et d'exécuter les actions nécessaires pour produire un niveau donné de réalisations* » (Bandura, 1977). Dans le contexte d'un cadre préétabli, le sentiment d'efficacité personnelle peut y avoir une influence sur l'intensité des efforts que les acteurs investissent dans l'adaptation à ce cadre, sur leur persévérance malgré les difficultés qu'ils rencontrent, sur leur capacité de maintenir une attitude positive face à leurs objectifs et de l'organisation.

- **Diriger sur la base de la transgression à l'organisation préétablie des activités :**

La prescription des activités peut être contextuelle mais elle peut aussi revenir des acteurs eux-mêmes : il s'agit de l'auto prescription. Dans le deux cas, l'omniprésence des organisations des activités, peut signifier la négation à l'innovation de cette même activité. Les acteurs sont confrontés d'une part à suivre la formalité des normes, des règles, des procédures etc., et d'autre part à son usage en situation.

C'est précisément dans les décalages qui s'instaurent entre des prescriptions formelles et des usages en situation, que l'action de *diriger* devient pertinente, comme une façon d'influencer l'engagement d'activité d'autrui, en termes « *apprentissage significatif ou interprétatif* » (Bruner, 199, 2002 ; Zeitler, 2001). Ainsi, la transgression à l'organisation préalable des activités devient une opportunité pour le dirigeant et les dirigés : « *C'est précisément dans l'incomplétude des règles*

prescrites, dans les décalages qui s'instaurent entre des prescriptions et des usages en situation que viennent se nicher l'intelligence pratique et les capacités d'improvisation des acteurs » (Alter, 2003).

L'action de direction implique « d'agir » avec efficacité dans l'engagement d'activité d'autrui malgré l'incertitude, parce que nous partons de l'idée que tous les acteurs ont une liberté d'action et qu'ils agissent dans un environnement hautement complexe, dynamique et souvent adverse.

- Diriger vers des organisations des activités conçues comme discursives et interprétatifs :

Une deuxième voie pour concevoir *l'action de diriger* est sur la base de la dimension discursive et fictionnelle des activités. Les dirigeants sont confrontés à la nécessité d'abord de se convaincre de la légitimité des actions entreprises, de partager sa vision et en même temps de persuader autrui de cette légitimité. Barbier, (2010) dit : « *qu'une voie privilégiée pour diriger c'est communiquer* », communiquer en liaison avec la notion de langage « *La forme la plus haute d'une faculté qui est inhérente à la condition humaine, la faculté de symboliser. Il s'agit de la faculté de représenter le réel par un « signe » et de comprendre le « signe » comme représentant le réel, donc d'établir un rapport de « signification » entre quelque chose et quelque chose d'autre* » (Benveniste, 1966).

Barbier, (2010) dit également que l'action de diriger présente les intentions :

- *D'intervention sur l'activité d'autrui.*
- *D'influer sur le sens construit autour de l'activité.*
- *De donner à voir : les positions et les territoires.*
- *De construire du sens pour soi.*

Selon le même auteur, *l'action de diriger est une action de dire* ; dans toutes ces intentions nous observons la présence de la dimension discursive et en même temps fictionnelle dans *le sens de l'interprétation* développé par Bruner, (1991,

2002). Nous posons la question de pourquoi le discours et la fictions se retrouvent en même temps dans l'action de diriger ?.

Nous concevons la notion de discours dans un sens différent de celui de la parole « *Le discours fait référence à un ensemble de trois éléments liés: la pratique sociale, la pratique discursive (incluant la production, la distribution et la consommation de textes), et le texte* » (Sarfati, 2005), à travers le discours l'acteur construit et transforme l'environnement « *Le discours est alors une activité tout à la fois déterminée par le contexte et transformatrice de ce même contexte, forme d'un ensemble de représentations (partagées au moins partiellement par les différents participants) qui se renouvellent et s'enrichissent sans cesse* » (Kerbrat – Orecchioni, 2005).

L'environnement est conçu comme l'ensemble des conditions naturelles et culturelles susceptibles d'agir sur les activités, qui peut être proche de l'organisation comme la situation même ce qui entoure l'organisation et ses acteurs « *Le contexte extérieur à l'interaction, « qui va de la situation, c'est-à-dire de l'environnement immédiat, à la société dans son entier, en passant par le niveau de portée intermédiaire qu'est le contexte institutionnel* ». (Kerbrat – Orecchioni, 2005).

L'action de diriger au travers du discours est une espèce de fil conducteur qui permet la régulation entre acteur et activité ; dans le termes de Vygotski, au travers « *le langage le penser est médiatisé* », nous sommes d'accord que langage et le discours sont différents mais complémentaires, « *Le discours se présente ainsi, comme une sorte particulière « de mécanisme social de la conduite », comme un moyen puissant de la régulation par signes de l'activité humaine* » (Ricoeur ; Sebestik , 2004).

Nous pouvons faire l'hypothèse que dans l'action de diriger aussi il y a des éléments interprétatifs qui au fur et à mesure permettent de développer l'activité. Nous entrons dans le domaine de la subjectivité, « *Une capacité à envisager la pratique sous un jour non conventionnel, voire subversif, une capacité à varier les contextes et à offrir des explications rivales du même phénomène, une capacité moins à prescrire qu'à donner du sens* » (Grimand, 2009). Ces éléments interprétatifs nous permettent de dire que le fait de diriger et de construire du sens pour soi et d'influer sur le sens d'autrui, construit autour de l'activité « *cette capacité de la fiction, les faits ne sont jamais présentés en eux-mêmes mais selon un certain point de vue, une*

certaine optique. Cette capacité de la fiction à ordonne les événements dans une trame signifiante, en les éclairant rétrospectivement, en fait un formidable levier de construction du sens » (Weick, 1995), « L'imaginaire est à l'image: un prolongement sans rupture » (Grimand, 2009). La fiction dans le sens d'interprétations était une façon pour le dirigeant de « négocier » son rapport au monde, de sorte que les interactions futures soient davantage.

L'organisation des activités existent-elle aussi en tant que « fictions », « les individus y voient un moyen de comprendre, d'interroger, en un mot de « faire sens » de ces institutions qui saturent leurs vies » (Rhodes, 1997).

1.3 Des dirigeants

Les études sur le métier des dirigeants montrent un développement progressif du rôle, toujours en lien avec; le développement des organisations où les dirigeants agissent, la complexité de l'environnement auquel ils doivent faire face, entre autres.

Des recherches montrent l'activité de dirigeant selon des canons souhaitables ou prescriptifs, c'est-à-dire, selon la perception qu'ont des gens qui aimeraient être dirigeants. Par exemple, selon une étude faite à l'occasion du *Salon Des Entrepreneurs* à Paris, l'année 2010, pour les jeunes de moins de 30 ans, le dirigeant idéal devra « *Savoir commander et diriger un équipe, être organisé et ne jamais être débordé, avoir de l'audace et oser les choses* » (Naszályi, 2010).

D'ailleurs, nous pouvons regarder des invariants qui traversent le temps, notamment les activités de communication, « *Des activités de reconstruction de significations à effet de reconstructions de sens, reconstructions de soi offertes à autrui* » (Barbier, 2004). Si nous faisons référence aux recherches déjà effectuées sur la notion de dirigeant, (Mintzberg, 1989), entre autres, elles semblent toujours inclure la notion de discours et de pouvoir.

Nous pouvons dire que ce type de définition se centre sur le paradigme stratégique organisationnel, « *les dirigeants cherchent à influencer et à contrôler l'organisation par leur discours et par la production de sens.* » (Weick, 1979), alors que

dans le paradigme stratégique financier ou transactionnel, la définition s'exprime en termes de compétences « *la capacité d'utiliser les ressources disponibles de façon telle que les compétences distinctives de l'entreprise se transforment en avantage concurrentiel* » (Michaud ; Reitter; Chassang ; Thoening, 2003).

Ce rôle par excellence implique l'engagement dans une activité discursive pour l'animation d'équipe et au fur et à mesure que la complexité des processus augmente, ce métier évolue vers une nature multidisciplinaire. Alors finalement, le dirigeant peut réussir à atteindre les objectifs de l'organisation s'il y a l'engagement des équipes et la créativité, et surtout des compétences permettant de réaliser la tâche prescrite et réelle. Nous pouvons faire l'hypothèse que l'efficacité d'un groupe interdisciplinaire dépend de certains déterminants individuels et organisationnels « *l'interdisciplinarité émerge par un processus de partage de connaissance et de vocabulaire de même que par la création de conditions institutionnelles pour favoriser l'interdisciplinarité* » (Robertson, Martin, Singer, 2003)

Du point de vue individuel et collectif, le sentiment d'efficacité personnelle est sans doute une hypothèse qui, selon une perspective psychologique, influencerait dans la réussite des objectifs visés, c'est-à-dire, des tensions identitaires au niveau individuel et collectif, qui s'expriment comme un sentiment d'efficacité personnelle : « *la perception que [...] a de sa propre capacité à réussir la tâche à laquelle il est confronté* » (Bourgeois, 2006).

C'est ainsi que nous pouvons faire l'hypothèse que le sentiment d'efficacité personnelle est un des signes apparents dans les activités du dirigeant, mais ce n'est pas le seul, il en existe d'autres. Nous nous demandons alors dans ce sens, quelle est son influence et quel cadre théorique qui peut conduire à un travail de recherche, sans doute le travail réalisé par Vygotski, d'un point de vue psychologique peut servir de base d'analyse.

Selon « la théorie de la médiatisation de la pensée » de Vygotski, il semblerait qu'il existe deux types d'éléments médiatisant. Le premier, regroupe les outils qui modifient l'environnement matériel et le deuxième les signes et symboles, qui modifient la personne qui les utilise, ils agissent sur l'intérieur et l'extérieur de la

personne et ainsi provoquent un changement chez autrui (le langage, l'expérience, entre autres). Est-ce que du point de vue de la mise en œuvre ou du suivi de l'activité du dirigeant nous pouvons faire l'hypothèse qu'il y a des signes ou des symboles médiatisants?. Par exemple, le discours des acteurs, la culture de la qualité, et que finalement le dirigeant et en général tous les acteurs, construisent leur environnement sur la base de cet élément de médiatisation.

Rivière (2006) a montré que « *l'enjeu de ces discours relève soit de la création de sens et de la manipulation de symboles, soit de la maîtrise du pouvoir dans l'organisation, [...], l'activité par excellence des dirigeants, le discours peut également être un outil de mobilisation ou de co-construction de l'histoire et de l'identité organisationnelles lorsque plusieurs voix se répondent* » (Rivière, 2006). De plus une approche narratologique de Boje, (1991), « *montre que les gens ne racontent pas seulement des histoires : ils disent des histoires pour interpréter et incarner les situations, pour former et comprendre les organisations* ».

1.4 Des dirigeant de santé

Également, dans le monde hospitalier, le dirigeant est confronté à de fortes pressions : les usagers exigent un service de qualité et un traitement digne de la part des professionnels dans l'octroi de la prestation, c'est-à-dire de toute l'équipe multidisciplinaire que l'on trouve à l'hôpital, « *le personnel de santé représente l'ensemble des personnes qui ont pour tâche de protéger et d'améliorer la santé de leurs communautés respectives. L'effectif sanitaire mondial est constitué de l'ensemble de ces personnels dans toute leur diversité* » (OMS, 2006,). Ces attentes sont formalisées par les actions gouvernementales (normes, discours affichés des dirigeants politiques), et plus précisément au cours de l'année 2006, le rôle du dirigeant d'hôpital a été modifié de façon prescriptive, avec la création de pôle d'administration (Centres des Responsabilités) avec qui le dirigeant doit partager le langage (administratif et médical), les cultures, les informations et les décisions. Donc, il doit faire évaluer sa pratique, dans le cadre du passage d'une gestion

centralisée à un partage des décisions avec les chefs de Centres de Responsabilités.

L'État, en plus d'encourager les demandes sociales, en termes de qualité, d'accessibilité et d'opportunité du service de santé, demande aux organisations de santé publique une réelle efficacité dans l'utilisation des ressources, entendue comme une relation entre coûts et efficience, « *Le directeur d'hôpital ne peut guère qu'essayer d'obtenir un maximum de ressources pour ne pas avoir à subir des conflits qu'il ne peut abriter techniquement. La tutelle à son tour, placée dans une situation analogue d'absence de visibilité, aura une attitude semblable devant l'ensemble des établissements de sa zone d'intervention* » (Moisdon, Tonneau, 1996). Par ailleurs, le personnel qui effectue toutes les fonctions de support logistique a initié dans les dernières années des procédures de pression sociale, en termes de demande d'une plus grande reconnaissance et de valorisation de leurs fonctions.

De ce qui est exposé précédemment, se dégage que l'activité de dirigeant dans les hôpitaux d'aujourd'hui, n'est pas exclusivement une question de pouvoir. Cette fonction est intimement liée aux personnes, plutôt aux équipes de travail : « *Une nouvelle culture à insuffler dans le monde hospitalier pour lier une valeur fondatrice de l'hôpital, l'humanisme, avec l'une des valeurs de notre temps, la performance* » (Debrosse, 1994).

Quant à la notion de dirigeant en général, il semble que le concept de profession et de métier se retrouvent sur le terrain. Un ingénieur ou un médecin peuvent arriver à être dirigeant avec un style et une motivation particulière, alors que cela est différent dans le cas du dirigeant d'hôpital au Chili, pour lequel la prescription publique n'implique pas la formalisation du métier de dirigeant. Cependant, cela demande le développement de compétences pour diriger, alors nous pouvons faire l'hypothèse qu'ils sont formés dans une logique de la culture de la formation « *espace de production de nouvelles capacités susceptibles de transfert dans d'autres situation* » (Barbier, 2005). Or si nous regardons le contexte actuel des hôpitaux chiliens, avec une forte professionnalisation du centre opérationnel et des fonctions de support logistique qui demandent plus de reconnaissance, nous

pouvons se poser la question de la pertinence du dispositif de formation qui se met en place aujourd'hui, avec une logique de production de capacités censées être transférées sur le terrain. Donc, nous pouvons penser de la même manière au processus inverse, c'est-à-dire, le terrain d'action (l'hôpital) comme un espace de développement de compétences (espace de professionnalisation).

La délimitation d'espaces que Barbier, (2005) fait est importante, parce qu'il ne renie pas des cultures de formation courantes, mais il délimite la dynamique entre formation et espace de production de biens et services de la culture de la professionnalisation, entendu comme « *espace de production de biens et ou de services organisé comme un espace de développement de compétences* » (Barbier, 2005).

Toute la dynamique produite aujourd'hui dans le monde de la formation est, sans doute, un objet de recherche important ; cela dit, il faut se demander de quel point de vue épistémologique ceci doit être considéré. Peut-être, le point de vue de la sociologie des professions désigne plusieurs domaines. Dans ce même sens, Barbier (2005) fait l'hypothèse qu'il y a trois types d'univers d'intervention éducative, la culture de l'enseignement, la culture de la formation et la culture de la professionnalisation.

Nous entendons par culture de la professionnalisation « *le développement de compétences en référence dominante à la notion de compétences et qui conçoit l'espace éducatif comme un espace de transformation de compétences* » et par professionnalisation la « *transformation continue de compétences en rapport avec une transformation continue d'activités* ». (Barbier, 2004). La notion de professionnalisation pouvant être définie comme une intention de transformation continue de compétences, en rapport avec une transformation continue d'activités, ce qui ramène au développement d'une économie de services. Selon Sorel et Wittorski, (2005) « *le processus de professionnalisation ou de développement de compétences dans lesquels les salariés s'engagent de la façon suivante ; une logique de professionnalisation par l'action, par la réflexion action, par la réflexion sur l'action* ».

2 Les options de la thèse

Nous pouvons dire que selon notre point de vue, la théorie managériale montre la généralité de l'activité de dirigeant comme une posture dominante, et elle laisse une porte ouverte pour trouver sa spécificité, centrée sur l'activité humaine, en ce qui concerne l'économie de services et en rapport avec des contextes organisationnels spécifiques, soit dans le secteur public, aux dans le secteur privé, comme c'est le cas de l'activité de Dirigeant dans le contexte d'un hôpital.

D'ailleurs, l'activité de dirigeant est comprise à partir d'une entrée différente de celle de la Théorie Managériale. Elle est comprise du point de vue microsocial, spécifiquement de la Théorie de l'Activité. Elle s'appuie méthodologiquement sur l'ethnométhodologie, c'est-à-dire, pour comprendre l'activité de dirigeant, dans le contexte hospitalier, sur une méthodologie compréhensive et sur des observations détaillées du terrain. Nous faisons l'hypothèse que les activités des dirigeants sont principalement discursives.

En outre, pour comprendre la notion de Dirigeant nous proposons, du point de vue méthodologique, l'analyse de discours, dans un contexte organisationnel déterminé : l'hôpital et, du point de vue théorique ; la lecture ethnométhodologique d'une approche discursive des activités du dirigeant. Il s'agit d'une des principales activités des dirigeants: l'influence sur autrui par le discours, c'est-à-dire, influencer la construction du sens d'autrui.

3 L'activité de qualification

1. Les courants théoriques

Comprendre le travail d'un dirigeant avec un intérêt particulier pour les activités de communication, nous a conduit à étudier un aspect important de ce travail : l'activité de qualification, laquelle nous présenterions volontiers comme « *une activité discursive, dans une activité sociale* ».

Nous avons exploré un cadre théorique dans ce domaine de recherche.

1.1 Selon une approche de la sociologie pragmatique

Laurent Thévenot (économiste d'origine) fournit une tentative explicative des logiques d'actions. Il tente de conceptualiser une forme de lien social qui relève des politiques du proche. Il met en place des régimes d'engagement dans l'action qui donnent à dire de différentes manières le passage de l'action individuelle à l'action en commun.

Selon Thévenot, il est possible d'observer des coordinations où les personnes gardent leurs attaches locales et particulières et travaillent ensemble pour l'intérêt général. Il s'agit de l'engagement public ou du « *régime d'engagement pour l'autre* » (Thévenot, 1990, 1993, 1998), « *dans l'action par la coordination, et par l'examen des modalités de jugement que cette coordination implique, permet de rapprocher des approches cognitives qui mettent l'accent sur la saisie des informations dans l'environnement, leur traitement et les inférences qu'elles déclenchent, et des approches a priori très distantes qui mettent en avant des exigences normatives et un sens du juste* » (Thévenot, 1993). Les personnes s'ajustent alors en fonction des habitudes prises dans une intimité partagée, les choses ont également supporté l'épreuve du temps pour se voir traitées comme le prolongement même du corps de celui qui s'en sert. Les situations exigent des personnes qu'elles s'ajustent sur un même niveau d'engagement si elles veulent limiter l'incertitude qui pèse sur leurs paroles et sur leurs actions, où, la « *qualification* » émerge comme une activité d'attribution de signification, « *l'expérience d'action antérieure est déposée dans une mémoire d'objet qui canalise l'incertitude et la limite à une interrogation sur l'objet pertinent de la situation et*

sur ses qualités [...], Les qualifications se forgent au gré des expériences, par des rapprochements de situation, et sont révisées à la suite d'échecs dans les anticipations » (Thévenot, 1993). C'est en effet sur la base de cette exigence que se donnent des garanties sur les compétences de chacun à sélectionner ce qui importe aux dépens de ce qui n'est pas significatif.

1.2 Selon une approche de théorie cognitive de l'apprentissage, dans une perspective psycho-culturelle

Dans une perspective psycho-culturelle (Vigotski L. ; Bruner J.), l'activité de qualification peut se comprendre au moyen de la notion d'acte humain de référence (Bruner, 1983, 1986, 1987, 1991, 2002). La fonction référentielle sert à préciser le référent d'un message en clarifiant le contexte d'interprétation d'un énoncé donné. C'est-à-dire, si le locuteur fait référence à un objet, il précise alors à son interlocuteur à quel objet il fait référence, à l'exclusion de tout autre. Pour l'auteur « *parler c'est agir* ». Quand les hommes parlent, ils transmettent de l'information pour interagir, ils font des actes, « *le dire c'est le faire* »: parler, c'est gérer des stratégies, car les êtres humains utilisent le langage pour vivre ensemble.

Jérôme Bruner manifeste que le langage est un outil d'élaboration de l'expérience. Il conçoit le développement humain comme un processus de collaboration entre l'enfant et un adulte. Ce dernier est ainsi envisagé comme médiateur de la culture. Les parents (le père, la mère) sont appelés à donner l'attribution de signification à l'environnement pour agir sur le développement de l'enfant. De cette manière, l'enfant comprend que ce qui l'entoure peut être nommé, que chaque chose à un nom. Quand l'enfant développe des notions primitives de sémantique, il se met à accompagner ces gestes référentiels de désignation par des sons puis le son se substitue au geste. Ainsi, les conventions linguistiques sont habituellement des formes initialement primitives que se sont normalisées en se socialisant au cours des échanges.

Nous pouvons faire de lien entre l'attribution de signification à l'environnement pour agir sur le développement de l'enfant, avec la qualification de l'environnement que fait le dirigeant pour agir sur l'engagement d'activité de leurs collaborateurs.

1.3 Selon une approche développée au CNAM

Cette notion a également été développée par la Maison de la Recherche sur les Pratiques Professionnelles de CNAM et le réseau des Écoles de Service Public, dans le cadre d'un programme de recherche, sur « *l'Analyse de l'Activité de Dirigeants* ».

Selon une approche de la *Théorie de l'activité*, dans une perspective historico-culturelle, Barbier, (2010, à paraître) dit : « *pour l'essentiel, le faire des dirigeants est un dire, ce dire est le plus souvent une activité de qualification. Cette activité de qualification a pour fonction d'influer sur les constructions de sens que les dirigés, en tant que sujets individuels et/ou collectifs, opèrent autour de l'engagement dans leurs activités* » et « *elle s'effectue au regard d'autres espaces d'activités que ceux dans lequel opère le dirigé, mais qui surdétermine son espace d'activité* ».

Selon une approche de la *Théorie de l'Activité*, à partir d'un cadre théorique et méthodologique de *la didactique professionnelle*, les auteurs Tourmen ; Mayen, et Samrany, (2010, à paraître), dans leur article « Qualifier, une activité méconnue des dirigeants », les auteurs ont conclu que les dirigeants entre autres types d'activités « *construire des significations et qualifier des faits, événements, situations etc. de les instituer et d'en faire des objets d'action ou des référents pour l'action. Le dossier est une forme particulière d'objet de travail [...] le dossier est qualifié, comme le sont les objets et situations qu'il est supposé traiter et les qualifications qui lui sont données engendrent des modes d'actions collectives différents* ». L'activité de « qualification », est médiatisante, c'est-à-dire elle est une activité de transformation du monde, elle permet le développement de l'activité d'autrui et de soi même.

Pour les auteurs, l'activité de qualification établit des liens entre le sujet, autrui et l'objet, dans ce cas « le dossier ». « *La qualification n'est pas une désignation, c'est un acte qui instaure un certain état du monde au sens où il lui donne une valeur particulière à partir de laquelle et en fonction de laquelle, les acteurs concernés réfèrent leur propre conduite* ». (Tourmen ; Mayen, et Samrany, 2010, à paraître).

D'ailleurs, dans un travail de Thèse, Anne Lise Ulmann, manifeste que « *les activités de qualification sont une des expressions des affects présents dans les activités d'évaluation, elles sont une anticipation d'une stratégie sociale, et peuvent être vues comme des activités de co-construction de la situation* » (Ulmamm, 2005) entre le Dirigeant et ses Collaborateurs. Les activités de qualification sont un processus médiatisé qui induit une représentation chez autrui, elles permettent de poser le cadre dans lequel les collaborateurs vont construire du sens.

2. Les options de la thèse

Nous nous situons dans une approche de la *Théorie de l'activité*, dans une perspective historico-culturelle en lien à la notion de *qualification* développée par Jean Marie Barbier.

Nous concevons les activités de qualification comme des activités discursives et sociales (Barbier, 2010). À travers l'activité de qualification l'environnement professionnel se trouve modifié ou reconstitué. Pour atteindre les objectifs de l'organisation, le dirigeant cherche à influencer autrui, ses collaborateurs, au travers des « jugements de valeur » qu'il formule. C'est une réélaboration interprétative avec un regard rétrospectif et/ou prospectif du dirigeant.

Nous nous appuyerons sur la Théorie Cognitive de l'Apprentissage, et nous inscrirons dans une perspective psycho-culturelle en lien avec le travail de Lev Vigotski et Jérôme Bruner, c'est-à-dire, l'activité de qualification peut se comprendre au moyen de la notion d'acte humain de référence (Bruner, 1983, 1986, 1987, 1991, 2002) et en s'appuyant sur la théorie des actes du langage.

CHAPITRE 3: CONDUITE DE LA RECHERCHE

INTRODUCTION

Pour comprendre l'activité du dirigeant, nous nous situons dans la Théorie de l'Activité, dans une démarche ethnométhodologique, avec une perspective discursive et psychoculturelle (Vigotsky L. ; Bruner J.) de l'activité de qualification.

D'abord, nous abordons les enjeux de la recherche, du point de vue social et intellectuel.

Ensuite, nous faisons la spécification de l'objet de recherche, notamment l'activité de qualification, une activité discursive dans une activité sociale.

Après, nous présentons les questions de recherche, les hypothèses et le cadre théorique d'analyse. Pour chaque question de recherche nous présentons des propositions et les outils théoriques d'analyse.

Nous présentons encore positionnement épistémologique et la stratégie de la recherche.

Enfin, nous exposons dans la démarche de recueil et d'analyse de données.

1. Les enjeux de la recherche

1.1 Les enjeux sociaux

À quelle (s) demande (s) sociale (s) répondons-nous ? / Comment améliorer la formation des dirigeants et leur diversité ?

- Le principal apport de cette recherche est de contribuer à la compréhension d'une dimension de la professionnalisation du dirigeant de santé (l'activité) dans les hôpitaux chiliens.
- La reconfiguration du contexte de santé comme élément mobilisateur du développement de l'activité du dirigeant d'hôpital au Chili.
- Identification des déterminants internes et externes qui permettent au dirigeant de conduire son activité en lien avec le changement de l'environnement socio-économique du Chili.

1.2 Les enjeux intellectuels

Quel est l'apport de la recherche déjà effectuée, notamment en termes d'activité du dirigeant, et d'activité de qualification ?

- Un apport du point de vue de la Formation des Adultes pour les Sciences de Gestion : comprendre l'activité de qualification, activité faite par les dirigeants dans leur quotidien de travail, mais qui, à notre connaissance, n'est pas développée en Sciences de Gestion.
- Etablir des liens entre « Émergence, Fonctionnement et Fonction »: des activités de qualification.
- Contribuer au cadre théorique de la Formation des Adultes.

2. Spécification de l'objet de recherche

Nous pensons, pour notre part, qu'une bonne partie de la formation des dirigeants peut reposer sur une analyse, par eux-mêmes, de leurs propres activités en situation. Le dirigeant qualifie l'espace d'action légitime en vue d'obtenir une mobilisation (engagement) de ses collaborateurs dans une action légitimée.

Nous nous intéressons plus particulièrement à l'opération de qualification de l'activité dans l'activité des dirigeants, en situation d'interaction avec leurs collaborateurs. Ainsi, il est important de nous interroger, dans un contexte de dynamique organisationnelle, sur les questions suivantes : Dans les réunions en situation, qu'est-ce que le dirigeant dit de l'espace d'activité légitime ? Comment le dirigeant construit-il l'espace d'activité légitime ? Dans quels contextes sont-ils ? Comment le dirigeant réduit-il sa propre tension et celle de ses collaborateurs ?

Cet objet de recherche émerge sur les prémisses de ce que nous comprenons par activité de qualification comme une activité discursive parmi d'autres.

Nous nous concentrerons sur cette activité de qualification et parallèlement, nous entendons par discours « *l'utilisation entre les hommes de signes sonores articulés, pour communiquer ses désirs et ses opinions sur les choses* » (Gardiner, 1989 : in Charaudeau ; Maingueneau, 2002). C'est-à-dire, avec une orientation plus ciblée sur la dimension sociale que sur la dimension mentale et en reconnaissant à priori l'une de ces caractéristiques fondamentales, selon ce qu'établit la Philosophie Analytique du Langage, « l'intentionnalité » du discours pas nécessairement explicite. L'intentionnalité de l'acte de qualification est associée à l'exercice de « l'influence » désignée en termes généraux comme « *le processus par lequel un individu arrive à modifier la pensée, la volonté ou le comportement d'autrui au mérite de son autorité, de son prestige ou de sa force* » (Charaudeau ; Maingueneau, 2002).

C'est dans ce contexte conceptuel que s'insère notre défi de compréhension des activités de qualification des dirigeants qui, comme énonciateur(s), sont appelés à "agir" face à d'autres destinataire(s) compris comme leurs collaborateurs. Ces derniers pouvant aussi réagir de la même façon, surtout dans des contextes où les

rapports de pouvoir sont symétriques, mais où demeure une asymétrie d'information au moment de réaliser l'acte de qualification.

Nous ne pouvons pas oublier les conditions ou les contraintes qui traversent l'activité de qualification en termes discursifs. Il s'agit de :

D'une part, la double identité du sujet qui fait l'acte de qualification ou en termes discursifs le *sujet parlant* (Benveniste, 1966) : L'identité sociale et l'identité discursive. L'identité sociale définit le sujet parlant comme celui qui prend la parole selon l'autorité que lui donne son poste dans l'organisation, à savoir « le dirigeant » dit *le locuteur*. Ainsi, il y a une intention communicative dans cette perspective. Nous pouvons, donc, dire que cette notion est externe à l'acte de qualification. L'identité discursive définit le *sujet parlant* comme un *énonciateur* qui s'exprime à travers la mise en place de l'acte d'énonciation, alors dans cette notion la subjectivité s'incorpore au « *sujet parlant : le sujet qui produit l'énoncé, le sujet organisateur du dire, sujet responsable de l'acte de langage, sujet source de point de vue* » (Benveniste, 1966) donc, nous pouvons dire que cette notion est interne à l'acte de qualification. Cette double lecture de la notion du sujet qui fait l'acte de qualification, désigne aussi une double lecture de l'acte même de qualification.

Par ailleurs, les différents rôles des participants de l'acte de qualification sont d'une part la production et d'autre part la réception. Le premier est le sujet qui produit l'acte de qualification en direction d'autrui et qui, comme *sujet énonciateur*, construit idéalement son *sujet destinataire*, avec l'intention de produire sur lui des effets désirables, effets qui s'incorporent dans l'acte de qualification. Le problème qui se pose est que le sujet qui reçoit l'acte de qualification du point de vue interne, à savoir *l'interlocuteur* (Benveniste, 1966), fait aussi un processus d'interprétation du message, sur la base d'inférences, en vertu des données du contexte, du message, de la manière dont se représente l'énonciateur et en fonction de sa propre position. Donc, l'énonciateur ne peut pas savoir à priori si *le sujet destinataire* qu'il a construit coïncide avec *le sujet interprétant*.

Dans la bibliographie des sciences de gestion on ne trouve pas de référence à l'activité de qualification. Cependant, on peut faire un rapprochement avec la Théorie de l'Action (Régimes d'Action), spécifiquement avec le travail de Laurent

Thévenot, qui définit une opération de qualification comme un « *processus d'attribution de signification [...] limité à une interrogation sur l'objet pertinent de la situation et sur ses qualités* » (Thévenot, 1993). Dans l'article "l'Action qui convient", du même auteur, nous pouvons trouver une approche théorique où « le régime de coordination » est compris comme « *une compréhension de l'action de l'autre comme partie prenante de l'environnement de sa propre action* » (Thévenot, 1990).

Depuis la Théorie Cognitive de l'Apprentissage, dans une perspective psychoculturelle (Vigotski L. ; Bruner J.), l'activité de qualification peut se comprendre en lien avec la notion d'acte humain de référence (Bruner, 1983, 1986, 1987, 1991, 2002). Pour apprendre à parler, l'enfant a besoin des autres êtres humains. Dans cette acquisition du langage, le rôle des parents est important car il faut aider l'enfant à structurer le monde perçu à travers une culture commune. Alors, pour que l'enfant apprenne à utiliser le langage, l'interaction adulte-enfant est nécessaire, comme une façon de co-agir les uns sur les autres.

Nous proposons de faire l'analogie suivante : l'activité de qualification du Dirigeant présuppose, tout d'abord, l'interprétation de la situation et de l'environnement qui l'entoure pour trouver une pertinence pour soi dans un premier temps. Dans un deuxième temps pour agir sur autrui, c'est-à-dire, sur ses collaborateurs, à partir des requalifications du dirigeant, Bruner (1991) écrit que « *malgré sa diversité, les interprétations partagent une caractéristique extraordinairement importante : toutes s'efforcent pour invoquer un état intentionnel (un motif, un état d'esprit)* ».

Si nous avons compris l'inférence comme un processus interprétatif qui consiste à mettre en relation « le dit » explicitement avec une autre chose différente de « ce qui a été dit » (Charaudeau ; Maingueneau, 2002) alors, on pourrait penser que tant l'énonciateur que le destinataire construisent du sens à partir d'un ensemble de prémisses qui ne peuvent nécessairement coïncider (Sperber ; Wilson, 1989 ; Barbier 2009). Subséquemment, le résultat stratégique d'agir sur autrui pourrait ne pas avoir l'effet désiré, « *il n'est pas possible d'agir de façon efficiente, sans interprétation pertinente des situations* » (Bruner, 1991, 2002 ; Zeitler, 2001).

Enfin, cette façon de comprendre le travail requiert un dirigeant plus déconcentré autour des activités opératoires et avec une entrée privilégiée pour les activités de

communication, cela révélerait pour nous l'émergence d'une nouvelle activité du dirigeant, celle de qualification « *Une activité discursive, dans une activité sociale* ».

Cet objet de recherche s'inscrit dans l'Axe de recherche du CRF « Analyse de l'activité, construction de l'expérience et formation ».

3. Les questions de recherche et les hypothèses

Quatre questions de recherche liées à quatre hypothèses sont proposées dans la thèse :

Question 1 : Notre première question consiste à comprendre le contexte social du cadre de l'acte de qualification.

- Qui sont ceux qui réalisent des activités de qualification?
- À qui s'adresse le sujet qui qualifie?
- Dans quelle relation d'acteurs est effectuée la qualification?

Proposition (Hypothèse) 1 : Dans la majorité des actes de qualification, l'énonciateur se présente comme une entité neutre « il ». Le destinataire (l'adresse) est majoritairement multiple (ils) et il (le destinataire) est construit dans une relation assertive par l'énonciateur.

Les outils théoriques d'analyse:

La notion d'identité discursive et d'identité sociale :

- de l'énonciateur / dirigeant
- du destinataire / les collaborateurs
- du sujet interprétant / les collaborateurs (Benveniste, 1966).

La notion de « *surdestinataire* » introduit par Bajtin, (1984) pour désigner une troisième personne virtuellement présente et qui se superpose au destinataire.

La notion de « *relation* », que l'énonciation institue entre l'énonciateur et le destinataire, comme une méta-communication. (Watzlawick, et al., 1972). Donc, la

« *relation* » est vue comme une partie de l'acte de qualification même, sur la base du type de relation que l'énonciateur veut établir avec le destinataire.

Question 2 : La deuxième question consiste à comprendre l'objet de l'activité de qualification :

- Quel contexte construit de l'activité de qualification?
- Quelle est l'action qualifiée?
- Quelles personnes sont présentes implicitement ou explicitement dans l'activité de qualification?

Proposition (Hypothèse) 2 : Les activités de qualification se font dans un contexte construit dynamiquement et parallèlement par le sujet « énonciateur / destinataire » et le « sujet interprétant ». Au travers des activités de qualification le dirigeant interprète et transforme l'environnement professionnel selon les scénarios qui lui sont favorables, comme une source de développement des « *milieux de travail* » et des sujets eux-mêmes.

Les outils théoriques d'analyse :

La notion de contexte permet que les éléments qui font partie de l'énoncé soient compris et se réalisent. Le contexte permet également de caractériser la notion d'énoncé par opposition à celle de phrase (ou d'expression): un énoncé est une instance de phrase singularisée par un contexte donné ; autrement dit : énoncé = phrase + contexte. (Ducrot, 1984).

La notion vygotkienne du « développement ». Les liaisons qui permettent à l'enfant de comprendre un mot nouveau résultent « *d'une élaboration à deux niveaux des liaisons synchroniques. [on découvre] derrière la signification d'un mot enfantin [...] une perspective, une double série de liaisons, une double construction de groupes* » (Vygotski, 1985). Le langage varie en fonction des étapes du développement et *a fortiori* entre l'enfant et l'adulte, il s'agit d'une approche constructiviste et dynamique.

La notion d'action comprise comme « *l'ensemble d'activités dotées d'une unité de sens et/ou de signification par / pour les sujets qui y sont impliqués et leur environnement* » (Barbier, 2003).

Question 3 : La troisième question tente de comprendre le processus de qualification. :

- En fonction de quoi on qualifie?
- À partir de quoi on qualifie?
- Au nom de quoi on requalifie? Quelle est l'adresse de la requalification?

Proposition (Hypothèse) 3 : Les dirigeants qualifient en fonction de la conception qu'ils se font des espaces d'action des uns et des autres, compris comme un « *processus d'interprétation* » de l'environnement professionnel.

Les dirigeants qualifient à partir de la relation qu'ils ont avec d'autres événements ou espaces d'activités.

L'activité de qualification est en fait une requalification pour les autres, donc, qualifier pour les autres est en même temps une façon de prendre le pouvoir sur l'environnement de travail et de s'approprier cet environnement pour agir sur les autres.

Les outils théoriques d'analyse :

La notion de lien affectif parental. L'attribution de signification à l'environnement (Bruner, 1983, 1987).

La notion de lien affectif relationnel. « *L'acceptation de l'autre à côté de nous dans la vie en commun (dans le quotidien), c'est le fondement biologique du phénomène social, [...] sans l'acceptation de l'autre à côté de nous il n'y a pas de socialisation* » (Maturana ; Varela, 2006).

La notion d'adresse, « *le dire donne un référent qui donne sens globalement à l'activité même si le référent peut se situer hors de l'activité* » (Barbier, 2009).

La notion de mémoire collective et narrative. « *Il existe des relations qui sont basées sur une série de suppositions et de croyances communes en référence au monde, le*

fonctionnement de l'esprit, des choses que nous sommes capables de faire et la manière de réaliser la communication » (Bruner, 1987).

Question 4 : La quatrième question tente de comprendre quelle est la fonction de la qualification.

Proposition (Hypothèse) 4: Plus il y a un vécu d'incertitude, plus on constate des phénomènes de qualification.

Nous qualifions l'abstraction d'une partie de la réalité (la situation dans laquelle nous sommes) pour détacher et imposer des perspectives dans l'événement (la situation dans laquelle nous agissons), en insufflant des présuppositions à autrui sur l'action plus favorable.

Les outils théoriques d'analyse :

La notion « *d'épreuve* » comme le moment où les personnes montent en généralité, c'est-à-dire, « *qualifient les circonstances selon des natures* » (Boltanski ; Thévenot, 1991).

La notion « *d'action qui convient* » et de « *régime de coordination* », comme « *la compréhension de l'action de l'autre comme partie prenante de l'environnement de sa propre action* » (Thévenot, 1990).

4. Le terrain de recherche

L'Hôpital de Curicó, une ville de 125500 habitants dans la « Región del Maule » au Chili. C'est un hôpital classé en « *haute complexité* », pour le service de santé donné.

5. Le positionnement épistémologique et la stratégie de recherche

Nous avons choisi d'utiliser une approche qualitative pour faire une étude de type inductif et déductif afin de construire un modèle d'analyse à partir des données empiriques et ainsi de faire émerger un système de catégories pour la construction

des nouvelles hypothèses et des nouveaux outils. En d'autres termes, c'est à partir d'une première analyse des données que le chercheur construira de nouveaux concepts, et, par là, le modèle sera soumis à l'épreuve des faits.

Il est vrai qu'au fur et à mesure du développement du processus de la recherche, le chercheur a compris que le processus de raisonnement humain, dans sa complexité ne peut pas se comprendre d'une façon unidirectionnelle, c'est-à-dire « inductif » ou « déductif ».

Méthode hypothético-inductive *	Méthode hypothético-déductive *
La construction part de l'observation.	La construction part d'un postulat ou d'un concept postulé comme modèle d'interprétation du phénomène étudié.
L'indicateur est de nature empirique. A partir de lui, on construit de nouveaux concepts, de nouvelles hypothèses et, par là, le modèle que l'on soumettra à l'épreuve des faits.	Ce modèle génère, par un travail logique, des hypothèses, des concepts et des indicateurs auxquels il faudra rechercher des correspondants dans le réel.

* Quivy R., Campenhoudt LV. (1995). Manuel de recherche en Sciences sociales. P. 143.

Dans les faits, le processus de raisonnement humain peut être caractérisé par une variété de formes de coordination, qui bien entendu, peuvent inclure l'élément « inductif » et « déductif ». Ainsi, on peut arriver par l'expérience immédiate et sur la base de processus de catégorisation à un concept généraliste (processus de raisonnement inductif).

Mais, par ailleurs, le chercheur ainsi que les acteurs, font en même temps des propositions à partir desquelles nous pouvons induire un résultat, une conséquence, une conclusion, un concept général (processus de raisonnement déductif).

L'auteur Vygotski, (1997), explicitant les raisons d'analyser les textes littéraires, insiste sur les processus séquentiels qui encouragent l'émergence de nouvelles significations : « *Un vers n'est pas seulement la somme totale de sons qui le composent, mais aussi leur séquence dynamique, la relation spécifique les uns avec les autres, deux sons, ou deux mots, dans un ordre spécifique, forment une relation définie qui peut être déterminée par l'ordre de succession des éléments. De la même manière, deux*

événements, ou deux actions, mis ensemble, acquièrent une nouvelle relation dynamique qui est entièrement déterminée par l'ordre et la disposition des événements ».

La position épistémologique retenue pour cette recherche, s'apparente à une approche vygotkienne, sur la ligne de la médiation sémiotique orientée sur les représentations finalisées du dirigeant d'hôpital. Dans le même sens les auteurs Barbier et Galatanu (2004), donnent une définition de ce notion « *représentation par le sujet de son environnement orientée par les processus de transformation du monde dans lesquels il est déjà engagé* », définition qui bien entendu est en accord avec la sémiotique peircienne qui stipule qu'« *un corps est en mouvement et non qu'un mouvement est dans un corps, nous devrions dire que nous sommes en pensée et non que les pensées sont en nous* »(Peirce, in Moro et Al. 1997).

6. Les outils de recueil de données

La méthode de recueil et d'analyse des données s'inspire d'une méthodologie de recherche qualitative qui favorise le développement d'une théorie générée à partir des données systématiquement recueillies et analysées. Cette méthode consiste essentiellement à définir les éléments importants et leurs interrelations, dans une situation sociale donnée, non pas à partir d'un schéma conceptuel formellement établi à priori, mais à partir de données recueillies sur le terrain C'est-à-dire, l'activité réelle en situation, soit dans notre cas, l'activité discursive des acteurs dans le cours de réunions de travail (Quivy, Campenhoudt; 1995).

Les méthodes de recueil de données se sont centrées sur l'identification des activités de qualification en situation d'interaction entre le dirigeant et ses collaborateurs.

- Des participants (les personnes observées)

L'Hôpital de la ville de Curicó est un Hôpital Public de haute complexité et à la date de l'étude 851 personnes y travaillent, réparties tel qu'indiqué dans le Tableau 7. Sur l'ensemble de salariés, 14 personnes sont dans l'équipe de direction, ce sont

les acteurs participants à cette recherche. Il est important de souligner que 86% d'entre eux sont médecins.

Tableau 7 : Répartition du personnel à l'hôpital de Curicó	
Postes	Nombre
Dirigeant et collaborateurs	14
Médecins	113
Professionnels de Santé : infirmières, diététiciens, les masseurs kinésithérapeutes, l'assistant (e) social (e).	147
Aides-Soignants (es)	333
Administratifs	108
Equipe hôtelière.	136
Total	851

L'équipe de direction est composée de :

Le Directeur de l'Hôpital : Il est le responsable du fonctionnement de l'hôpital, de l'organisation, la direction et le contrôle. Il a, entre autres responsabilités celle de: diriger la mise en place de programme et d'action de soins, définir et élaborer le plan de développement de l'hôpital, l'organisation interne de l'hôpital et assigner les tâches, élaborer et présenter le budget au Directeur Régional et assumer (signer) les engagements annuels de l'hôpital.

Le Chef Administratif et Financier : Il est le responsable du fonctionnement des ressources humaines, financières, physiques et d'approvisionnement, en concordance avec les objectifs de l'hôpital, le réseau de l'assistance sociale et l'engagement signé par le Dirigeant et la Direction Régionale de Santé.

Le Chef des Cadres Supérieurs Infirmiers : Il dirige les cadres supérieurs tels que les infirmiers, et les collaborateurs du Chef de Service. Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers pour les patients hospitalisés.

Le Sous-directeur Médical : ses responsabilités sont de coordonner, superviser, contrôler les Chefs de Service de l'hôpital ainsi que les fonctions d'appui professionnel de collaboration médicale à l'hôpital.

Le Chef de Service: Il est responsable de l'organisation générale du service qui représente différents pôles de compétences (médecine, chirurgie, urgence, etc.) et des traitements médicaux dispensés. Il est assisté de plusieurs médecins. Dix chefs de service participent à cette recherche.

- **Des procédés : Observation de réunions :**

Elle a pour objectif d'identifier et de comprendre les activités de qualification en situation d'interaction entre eux et entre les dirigeants et ses subordonnés. La notion théorique de situation qui nous accompagne est « *elle est structurée par l'activité du sujet qui le définit et le redéfinit en cours d'action* » (Mayen, 2004). Ensuite nous avons réalisé une description des types de réunions et des participants :

Type de réunions : Nous avons observé et enregistré 28 réunions : 16 Conseils Techniques et 12 Réunions du Comité de Gestion.

1. Conseils techniques

Ce sont des réunions formellement établies par le Ministère de la Santé, réalisées chaque semaine (lundi), entre 9 heures et 10 heures. L'objectif prescrit par le MINSAL est de « *Collaborer aux aspects de la gestion dans laquelle le Dirigeant requiert son avis, ainsi que d'avoir une propension vers la meilleure coordination de toutes les activités de l'hôpital* » (art.29, DL N°38, 2005).

Dans le contexte de l'hôpital que nous avons comme terrain de recherche, les réunions du Comité Technique ont été transformées en un espace où les Chefs de Service manifestent leurs préoccupations à l'égard de l'hôpital en général et en particulier sur les situations affectant leur service respectif.

Exceptionnellement, une fois par an cette réunion a un caractère public. C'est-à-dire que le dirigeant de l'hôpital invite les principaux représentants de la communauté qui s'occupent de l'hôpital, ainsi que son supérieur hiérarchique; le Directeur du Service Régional du Maule. À cette occasion, le Dirigeant réalise un compte rendu public de sa gestion de l'établissement.

Des participants : Dans ces réunions sont présents l'Équipe Directive et les Chefs de Services ou leurs représentants. Le nombre de participants fluctue entre 10 et 15 personnes à chaque réunion.

2. Des réunions de comité de gestion

Ce sont des réunions qui ont été définies par le Dirigeant, elles sont réalisées chaque semaine (jeudi), entre 16 heures et 17 heures. L'objectif est de discuter et de convenir de la façon à mettre en place les principaux défis que le MINSAL a fixés pour les hôpitaux, compris comme l'ensemble des processus administratifs qui devraient soutenir la gestion de l'hôpital - la définition d'une nouvelle structure organisationnelle pour l'hôpital, la définition de centres de responsabilité et la définition d'indicateurs, etc. -

La forme de travail dans ces Réunions de Gestion est sur la base de présentations de rapport d'états d'avancement par l'équipe du Comité de Gestion et par la suite de la discussion de ces rapports.

Il est important de souligner que pour le directeur, cette instance devrait à la longue se substituer à l'actuel concept de Comité Technique, prescrit par le MINSAL.

Des participants : Dans ce type de réunions sont présents les membres de l'Équipe Directive, les membres du Comité de Gestion et quelques Chefs de Services invités par le dirigeant, conformément à des critères tels que les niveaux de confiance établis avec eux, les niveaux d'engagement avec la gestion de l'hôpital, entre autres.

7. La méthode d'analyse des données

L'analyse des données de cette thèse s'est fait à partir de :

- La transcription textuelle de ce que le Dirigeant et ses Subordonnés ont dit lors des réunions.

L'analyse des données issues des réunions a été faite en deux phases :

- La première avait pour objectif de comprendre les conditions de l'activité de qualification.
- La deuxième avait pour but de comprendre la structure de l'acte discursif de qualification.

Ces deux phases s'inspirent de la théorie exposée par Jérôme Bruner d'une part et Jean-Marie Barbier d'autre part.

Phase 1 : Sur un total de 18 réunions enregistrées et transcrites, nous avons identifié 28 situations d'interaction composant d'une activité de qualification. Toutes classées selon le type de réunion (Comité Technique ou la Réunion le Comité de Gestion).

Procédé d'analyse

Nous avons défini une méthode d'analyse qui observe tout d'abord les conditions générales de l'activité de qualification « *l'énoncé ne peut pas être analysé en dehors du contexte de son usage et son usage doit inclure l'intention de qui parle* » (Bruner, 1983). La méthode d'analyse comprend six points :

- Le contexte social de la qualification (discursive et sociale),
- Objet de la qualification (sociale et pragmatique),
- L'analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive),
- Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive),
- Fonction de la qualification et
- Indicateurs de la fonction de la qualification

Ensuite nous explicitons les points mentionnés antérieurement. (Tableau 8)

Tableau 8 : Méthode d'analyse des données

I. Le Contexte Social de la Qualification (discursive et sociale): Identification et distribution de rôles des acteurs qui encadre l'acte de qualification. L'acte discursif dans le contexte social.	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le sujet qui émet l'acte discursif, l'énonciateur et le locuteur, selon leur identité discursive et sociale. « je, il, on, nous ».
2. À qui s'adresse la qualification :	De qui vais-je changer la représentation. Le sujet vers qui l'acte de communication est dirigé, le destinataire, l'interlocuteur, l'interprétant, selon leur identité discursive et sociale. « il, on, ils, tu, vous ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	Identification du type de relation qu'il y a entre eux : Externe : Symétrique, Asymétrique et Interne : assertion, interrogation, intimation.
II. Objet de la Qualification (sociale et pragmatique): Ce qui est qualifié, le processus social qu'est qualifié, comprenant des personnes, des actions ou des situations, situé dans une réalité sociale et un environnement professionnel déterminés.	
1. Contexte :	Dans quel niveau de réalité sociale se situe l'objet de qualification.
2. Ce qui est qualifié :	C'est un processus social, qui est qualifié. C'est peut être des personnes, des actions, des situations, des prescriptions, c'est variable.
3. Personnes :	Les personnes concernées par l'objet de qualification. Ils peuvent être présents ou pas dans la réunion.
III. Analyse de l'Acte de Qualification (mentale et discursive)	
1. En fonction de quoi on qualifie :	C'est le moyen de travail pour émettre un acte de qualification.
2. À partir de quoi on qualifie :	C'est les matériaux de travail pour émettre un acte de qualification.
3. Jugement de valeur ou d'utilité.	C'est un adjectif qualitatif ou substantif, en rapport avec la catégorie qualifiée : de grandeur, indéfinis, des verbes d'obligation qui impliquent un acte de qualification.
IV. Les Modalités Discursives de l'Acte de Qualification (discursive)	
Les verbes des processus relationnels	Ils comprennent les verbes qui établissent des liens entre deux entités (Halliday, 1985) : être, approcher, donner, enseigner, agir, etc.
Les verbes de mesure	Ils comprennent les verbes de mesure, tel qu'augmenter, incrémenter ou diminuer. (Ferrari ; Gallardo, 2006)
Les verbes des processus matériel	Ils comprennent les verbes qui en général sont en relation avec le « faire » d'une entité. Cela signifie qu'une entité commence le processus et elle agit d'une certaine façon sur l'autre (Halliday, 1985) : faire, avoir
Les verbes des processus existentiel	Ils comprennent les verbes qui indiquent la manifestation des choses, au début, dans leur développement et vers la fin, ainsi que les altérations temporelles qui peuvent se présenter (un temps) (Ferrari, Gallardo, 2006) : il y a, s'attarder, s'avancer, etc.
Les verbes d'obligation	Ils comprennent les verbes ayant des rapports avec le sens d'obligation. En même temps, ils peuvent se manifester comme des catégories de jugement de valeur ou d'utilité. Aussi, ils peuvent étiqueter une forme positive ou négative : falloir, devoir, il est nécessaire.
V. Analyse de la Fonction de la Qualification	
Fonction de la qualification	Les buts de l'acte de qualification, toujours compris comme un acte d'influence sur autrui. Ils s'expriment de façon explicite ou implicite. Que-est- ce qu'il passe avec ce qui est qualifié, est-ce qu'il expose une partie de son identité ?
Indicateur de la fonction de la qualification.	Ils montrent les principaux indicateurs qu'on trouve dans le processus d'analyse de données. Ils sont orientés principalement par la fonction de la qualification.

Adaptation sur la base de : Jean Marie Barbier (1990). L'Évaluation en Formation.

- **Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive)**

Sur un total de 28 situations d'interaction qui comprenaient une activité de qualification, nous avons identifié les traces des énoncés qui portaient sur une activité de qualification et nous avons procédé à un classement séquentiel. Ce niveau d'analyse a pour objectif d'identifier la structure et l'organisation de l'acte discursif de la qualification (l'énoncé), en identifiant l'attitude d'énonciateur face à son interlocuteur, « *le langage, n'importe lequel qui est l'usage auquel il est destiné, a la caractéristique d'être organisé à différents niveaux, chacun desquels proportionne des constituants pour le niveau immédiat supérieur* » (Bruner, 1986). Nous nous sommes intéressées à comprendre le degré de sécurité que tant le Dirigeant que ses Collaborateurs attribuent au contenu de leurs affirmations, ainsi que le degré d'engagement qu'il prend devant celles-ci. Selon Bruner, (1986), la manière dont nous sélectionnons et nous combinons des mots, dépendra de l'usage que nous voulons leur donner dans un énoncé. A notre avis le dirigeant, à travers de l'acte de qualification donne lieu à la conception d'un cadre pré-suppositionnel (inférentiel) qui déchaîne l'interprétation par les collaborateurs.

- **Processus d'analyse**

La méthode d'analyse s'inscrit dans une branche de la linguistique appliquée qui est l'étude du Langage pour des Intentions Spécifiques. Ses représentants principaux sont Hunston, (1994); Thompson ; Huston, (2003), in Ferrari et Gallardo, (2006). Selon Martin, (2003) l'évaluation est un concept essentiel dans le discours, elle se définit comme un terme vaste en rapport avec l'expression de l'attitude de l'énonciateur (ou de l'écrivain) sur des entités ou des propositions que nous pouvons lier à la certitude, à l'obligation, ou au caractère désirable de l'ensemble de valeurs, pour se référer à l'attitude du parlant inclus dans quatre systèmes : l'effet, le jugement, l'attribution, et l'appréciation. L'effet comprend les recours qui expriment une réponse émotionnelle, comme le bonheur, la tristesse, la peur. L'attribution de valeur ; quant à lui, se réfère à des évaluations morales et de comportement. Pendant l'appréciation nous qualifions, des produits et des processus et elle inclut des valeurs esthétiques et d'autres aspects de validation

sociale, comme significatifs ou préjudiciables que nous donnons à travers du jugement de valeur.

CHAPITRE 4 : L'ANALYSE DES RÉSULTATS

INTRODUCTION

Sur la base des observations et des enregistrements des réunions (Comité de Conseil Technique et Comité de Gestion) nous repérons des situations qui comportent des activités de qualification du dirigeant, des chefs de service et des collaborateurs proches.

Pour comprendre la nature des conditions présentes au moment de l'activité de qualification nous accomplissons les options suivantes :

D'abord, l'analyse de la situation commence par le contexte social, une dimension discursive et sociale de l'activité de qualification. L'analyse du contexte inclut la place de l'agent qui qualifie, l'adresse et la relation sociale dans laquelle se fait l'activité de qualification.

Ensuite, l'analyse de l'objet de qualification, une dimension sociale et pragmatique ; c'est-à-dire, le contexte dans laquelle l'acte de qualification est compris et réalisé, ce qui est qualifié et les personnes qui y participent.

Après, l'analyse de l'acte de qualification, une dimension mentale et discursive, il s'agit en fonction de quoi et à partir de quoi se fait l'activité de qualification, à partir de quoi le dirigeant requalifie et les caractéristiques de jugement de valeur.

Postérieurement, nous repérons les modalités discursives de l'acte de qualification, une dimension discursive ; c'est-à-dire : les verbes relationnels, les verbes de mesure, les verbes de processus matériel, les verbes existentiels et les verbes d'obligation.

Finalement, l'analyse des fonctions dominantes de la qualification qui sont en rapport avec la réduction de l'incertitude, l'enjeu du pouvoir et la préservation de l'image de l'organisation et de soi.

I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)

1. Place de l'agent qui qualifie

La sémio linguistique définit l'acte du langage comme une *mise en scène* qui met en rapport deux espaces de signification, le premier du faire (situationnel) ou externe, qui se définit comme l'espace qu'occupent les responsables de ces actes. Le deuxième du dire (discours) ou interne, qui se définit comme le lieu de l'instance discursive. (Charaudeau, 1988). L'une présuppose l'autre.

1.1 L'opposition locuteur / interlocuteur externe à l'acte de qualification :

Deux propriétés des acteurs sont à relever :

La première en lien avec l'identité sociale des acteurs. À savoir, leur poste de travail et le genre professionnel qu'ils représentent. Nous pouvons relever que sur un total de 28 actes de qualification 35% sont réalisés par le Directeur de l'Hôpital (médecin), 54% sont réalisés par le Chef de Service (médecin) et les 11 % restant le sont par les collaborateurs directs du Directeur de l'Hôpital. Il est important de souligner que les actes de qualification réalisés par les Chefs de Service sont concentrés sur trois Chef de Service : ils font 10 actes de qualification sur 15.

Nous pouvons dire que l'identité sociale des acteurs tenant un discours de qualification est centrée sur un rôle d'instruction *situationnelle* :

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

« *La sous-direction d'infirmierie ne fonctionne pas bien dans d'autres hôpitaux, parce qu'il n'existe pas de limites des responsabilités et il n'est pas défini à qui le médecin doit s'adresser pour voir si le traitement prescrit est bien ou mal suivi et de cette façon savoir s'il faut changer le schéma de traitement aux patients* » (Situation N° 4).

Le sens n'est pas le même si cet énoncé est tenu par le Chef d'infirmierie, le Chef de Service ou le Directeur de l'hôpital. Nous pouvons faire l'inférence que l'identité discursive révèle l'identité sociale à savoir les médecins. Ainsi, nous pouvons penser que l'acteur qui prend le plus la parole a besoin de prendre du pouvoir dans

l'organisation, dans les traces qui se montrent « *la sous-direction d'infirmier ne fonctionne pas bien dans d'autres hôpitaux...* » On observe que l'identité sociale qui se montre est celle de Directeur de l'hôpital, mais selon le point de vue inscrit dans l'énoncé, c'est le médecin qui a parlé, si la sous-direction d'infirmier est créé il existe le sous entendu que le pouvoir des médecins face à les infirmières diminuerait.

1.2 L'opposition énonciateur / destinataire (adresse) interne à l'acte de qualification

Cette opposition est en lien avec l'identité discursive des acteurs de l'acte de qualification, nommer l'énonciateur du point de vue de la production et le destinataire du point de vue de la réception, sans relation d'indépendance dans l'acte de qualification. (Benveniste, 1966). Alors, si nous pensons que le sujet destinataire de l'acte de qualification est construit par l'énonciateur, nous pouvons donc dire que ce sujet est construit sur la base d'une stratégie en rapport avec l'affect que l'énonciateur cherche à produire chez le destinataire. Du point de vue de la théorie polyphonique du discours (Ducrot, 1984), nous pouvons parler de «stratégies discursives». C'est-à-dire, des différents manifestations de l'attitude des dirigeants, en tant que sujet énonciateur à l'égard des points de vue inscrits dans son discours.

Le (Tableau 9) montre les types de sujets énonciateur/destinataire que nous avons trouvés en analysant les données.

Tableau 9 : L'énonciateur et le destinataire de l'acte de qualification			
Le sujet énonciateur	Le sujet destinataire	Situation	Total
(Il, Elle)	(Ils, Elles)	2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13,19, 20, 21, 22, 24.	15
(Je)	(Je, Tu, Ils)	14, 16, 17, 18, 23, 26, 27, 28.	8
(Nous)	(Je, Ils, Vous)	1, 3, 10, 15, 25	5
Total			28

Trois propriétés de « énonciateur/destinataire » sont à relever :

1.2.1 L'identité neutre : La plus fréquente dans notre recherche. Dans ce cas, l'énonciateur et le destinataire ont choisi un mode neutre pour se présenter «il, on, ils». Cette identité permet tant à l'énonciateur comme au destinataire de maintenir l'objectivité et d'adopter une attitude plus impersonnelle sans s'engager.

Exemple de verbatim (Extrait de réunion) :

*« Les critères de la Direction Régionale de Santé sont **discrétionnaires** dans la répartition des ressources. Nous avons l'Unité de Soins Intensifs ; elle est totalement terminée et sans personne, là il y a 16 lits, avec l'infrastructure totalement terminée, totalement équipée, mais sans personnel et ce projet nous avons commencé à travailler dessus en 2005, et je ne sais pas, s'il est de la responsabilité de la Direction Régionale d'assigner les postes de travail, ou si c'est le Ministère qui devrait les assigner.»* (Situation N° 1)

Si nous nous posons la question du point de vue de l'identité discursive qui a produit l'énoncé « *les critères de la Direction Régionale de Santé sont discrétionnaires* » ?, la réponse est «on». Ainsi, l'énonciateur prend de la distance avec le destinataire, il n'y fait pas d'allusion explicite, l'énonciateur s'adresse à un destinataire pluriel et neutre (Ils).

Dans le cas spécifique le «on» est employé pour formuler un «on-dit», l'énonciateur engage dans «se dire» toute l'opinion de toutes les personnes de l'hôpital.

1.2.2 L'identité individuelle : On observe ici que l'énonciateur se présente centré dans le «Je», et le destinataire peut être «Je, Tu ou Ils». Cette identité permet tant à l'énonciateur comme au destinataire de se présenter de manière subjective, sincère et intime.

Exemples de verbatims (Extrait de réunion) :

*« Pour **moi** les bonnes intentions de ce système sont intéressantes, mais en même temps avec un tel système, il me semble qu'il faut se protéger.... A mon avis les*

premiers professionnels de santé vont payer, avant que la grève ne se produise et que tout le monde ne s'arrête » (Situation N° 16). (Je / Je – Ils)

« Je crois que ce qui se passe ici consiste en ce que le pouvoir s'approche de plus en plus de celui qui a le droit...c'est-à-dire que de plus en plus le système s'approche du fait que celui qui a fait l'action réponde par l'action - (Je / Je, Ils) - Cette Loi à l'intérieur d'un hôpital public est quelque chose de nouveau, parce que nous sommes habitués au paternalisme.... À mon avis nous devrions réviser tous les procédés nous devrions apprendre à faire bien les choses...» (Nous / Je, Ils) (Situation N° 17).

« Là, tu favorises une grave erreur, il ne faut jamais le faire encore. Tu appelles le docteur (traumatologue) et tu lui dis ce qui s'est passé ici. Tu vas au département du personnel pour demander son numéro de téléphone » (Situation N° 28). (Je – Tu).

Dans ce cas, l'énonciateur se présente comme quelqu'un qui est très engagé dans la situation qui est qualifiée. L'expression «**Je**», du point de vue de l'énonciateur montre l'adhésion au discours institutionnel ou à l'activité qualifiée. Or, du point de vue du destinataire, il prend de la distance. Le destinataire est plus fréquemment reconnu sous Il que Tu /Vous, si nous regardons l'ensemble des données.

1.2.3 L'identité collective : Nous observons que l'énonciateur de l'acte de qualification ici se présente en invoquant plusieurs personnes de l'hôpital. Cette identité permet tant à l'énonciateur comme au destinataire de se présenter de manière engagée.

Exemples des verbatim (Extrait de réunion) :

« Nous avons beaucoup à faire pour le contrôle des infections intra hospitalières... Nous avons demandé à Mme «. », de prendre le poste du service de stérilisation. Elle a les compétences que la charge requiert. Elle est Technologue Médicale et elle est techniquement la plus préparée pour occuper le poste. Vous savez que la loi dit que le poste peut ne pas nécessairement être occupé par des infirmières, il peut aussi être occupé par des kinésithérapeutes ou des Technologues Médicaux,... J'espère que vous allez coopérer. (Situation N° 25).

« **Nous** ne pouvons pas être d'accord mais **Il faut** savoir que nous appartenons au service public. La Direction Régionale nous donne des directrices et par conséquent **nous** devons les accomplir en accord avec notre réalité locale. La structure organisationnelle que **nous** avons faite, **nous** pouvons la questionner, mais **nous** ne devons point la détruire... » (Situation N° 15).

Dans ce cas l'énonciateur se réalise dans le «**Nous**» et le destinataire inclut aussi le sujet énonciateur, dans le contexte. Le «**Je**» se retrouve aussi dans le collectif «**Ils**».

2. À qui s'adresse la qualification ?

Nous pouvons dire que l'énonciateur se présente comme une entité neutre «il, ils». Ce mode lui permet de se présenter caché, en cherchant la complicité du destinataire. Ainsi, nous pouvons dire qu'il cherche d'une façon subjective, et intime à s'adresser au destinataire. Donc, l'adresse normalement est collective, elle se manifeste par un « il », dans lequel nous pouvons rencontrer un sujet individuel ou collectif.

Nous pouvons dire que l'adresse est « *le sujet interprétant* ». Nous sommes partis du fait que l'énonciateur construit le destinataire de l'acte de qualification. Par contre, nous savions qu'au moment où le destinataire décode l'énoncé, il fait des liens avec des situations différentes de celles de l'énonciateur (Bruner, 1991). Nous pouvons également dire que quelque fois le sujet destinataire est différent du sujet interprétant.

Exemple de verbatim (Extrait de réunion) :

« *Est- ce que vous avez compris la dépendance de la gestion des lits ?... Pour moi, la dépendance de la gestion des lits, c'est quelque chose que je ne comprends pas dans la nouvelle structure de l'hôpital... mais je crois que la gestion des lits, pour des raisons professionnelles, devrait être sous la sous-direction médicale parce que la gestion des lits est en relation avec la fonction des médecins. Par exemple, les*

médecins peuvent suspendre la sortie du patient ; ils sont aussi ceux qui décident l'hospitalisation des patients ». (Situation N° 22)

Le sujet qui fait l'acte de qualification se présente sous une forme anonyme « il », mais si on retrouve l'identité sociale du « médecin », nous comprenons que pour l'énonciateur « les lits » sont une expression de leur territoire, donc le destinataire qu'il a construit est en rapport avec l'image qui pour lui représente ces lits, image qui fait partie de la mémoire collective (Bruner, 1986) à l'hôpital.

D'ailleurs, si nous appelons l'identité sociale du destinataire « les infirmières » le lien fait par rapport à tel événement de l'environnement du travail - l'assignation du lit au patient – est très différent pour les infirmières pour qui « la loi » leurs donne l'opportunité de prendre du pouvoir face au médecin. Donc, elles réagissent d'une façon différente face à l'acte de qualification du Directeur de l'Hôpital et des Chefs de Service.

Exemple de verbatim (Extrait de réunion) :

« À mon avis l'unité de gestion des lits me semble très logique dans l'organigramme, dans la gestion des lits participent l'infirmière et les médecins. Il y a une partie médicale comme la résolution médicale, qui a l'intention de résoudre le problème de santé du patient, et de l'autre côté l'infirmière est responsable de l'optimisation du recours au lit et (à) la catégorisation du patient. C'est-à-dire, il faut décider dans quel type de lit restera le patient ». (Il existe quatre types de lits).
(Situation N° 23).

L'acte de qualification que fait l'infirmière est plus attachée au discours institutionnel, elle a compris qu'elles sont appuyées par le Ministère, mais aussi qu'elles ne peuvent pas être en fréquente confrontation avec les médecins.

3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification

Il est important de souligner le type d'identité des acteurs de l'acte de qualification. Si nous nous focalisons sur l'identité sociale des acteurs de la qualification, nous parlerons alors de relation symétrique et asymétrique. (Tableau 10)

Tableau 10 : Type de relation établie entre le locuteur et l'interlocuteur		
Type de Relation entre locuteur et interlocuteur	Situations	Total
Symétrique	4,7, 8, 9, 12,13, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 26, 27.	14
Asymétrique	1, 2, 3, 5, 6, 10,11, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 28	14
Total	28	28

On peut faire l'hypothèse que les relations qui prévalent à l'hôpital entre le Directeur et les Chefs de Service ne sont pas établies par lignée hiérarchique, mais plutôt par la relation des collègues en leur qualité de médecins.

Si nous nous focalisons sur l'identité discursive des acteurs de l'acte de qualification, nous parlerons de la relation comme d'une partie de l'acte de qualification même, sur la base du type de relation que l'énonciateur voudra établir avec le destinataire (Watzlawick, 1972).

Nous avons trouvé trois types de relation établie au moment de l'acte de qualification. À savoir, l'assertion, l'interrogation, l'intimation. (Tableau 11).

Tableau 11 : Type de relation entre énonciateur et destinataire		
Type de Relation entre énonciateur et destinataire	Situation	Total
L'assertion	2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 27.	18
L'intimation	1, 7, 12, 16, 18, 20, 26, 28.	8
L'interrogation	6, 22.	2
Total	28	28

3.1 Relation sur la base de l'assertion : L'assertion est inférée de la situation d'énonciation qui permet à l'énonciateur de présenter l'acte de qualification avec certitude, pendant des énoncés déclaratifs, affirmatifs ou négatifs. Les mots s'ajustent au monde. (Attal, 1976).

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

« Les bénévoles font un grand apport à l'hôpital, Il faut souligner l'apport important des bénévoles à notre activité...Nous avons une collaboration très précieuse de la communauté, représentée par les dames en jaune, les dames en rouge,.. ». (Situation N° 2).

« Le taux de mortalité « sepsis » a augmenté graduellement à l'hôpital... Les hôpitaux qui ont diminué le taux de mortalité par « sepsis » n'ont pas dépensé plus d'argent, ils n'ont pas utilisé plus de personnel. Ils se sont organisés du point de vue de l'urgence pour faire face à de telles situations... Ce sont des hôpitaux publics, et l'unique chose qu'ils ont fait c'est réordonner ces processus et répondre d'une façon différente aux imprévus. » (Situation N° 8).

3.2 Relation sur la base de l'intimation : L'intimation permet d'interpeler le destinataire. Elle montre la mise en place de la façon impérative et un type de relation active entre l'énonciateur et le destinataire.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

« ...Si la sous-direction d'infirmierie est créée, tout va se compliquer, les responsabilités professionnelles ne sont pas bien définies. Qu'est-ce qui arrive si le sujet d'attention d'un patient passe au judiciaire ? À qui est-ce la responsabilité ? ».
(Situation N° 6).

« Pour moi les bonnes intentions de ce système sont intéressantes, mais en même temps avec un tel système, il me semble qu'il faut se protéger... A mon avis les premiers professionnels de la santé vont payer, avant que la grève (ne) se produise et tout le monde (ne) s'arrête » (Situation N° 16)

3.3 Relation sur la base de l'interrogation : L'interrogation permet de stimuler le destinataire pour agir, sur la base de donner une réponse à la question posée. L'énonciateur de l'acte de qualification interroge les destinataires, avec le but d'amener à découvrir par eux mêmes la vérité sur le temps en discussion.

Exemple de verbatim (Extrait de réunion) :

Est- ce que vous avez compris la dépendance de la gestion des lits ?... Pour moi, la dépendance de la gestion des lits, c'est quelque chose que je ne comprends pas...
(Situation N° 22).

La question « *Est- ce que vous avez compris la dépendance de la gestion des lits ?* » est l'instrument pour retirer la vérité qui existe déjà dans l'esprit du destinataire « *les médecins* » et dont il ne se rend pas compte. (Dans l'organigramme qui est présenté, la gestion des lits est sous la sous-direction de l'infirmière).

Enfin, selon les 28 situations analyse, nous pouvons conclure que le type de relation qui s'établit entre l'énonciateur et le destinataire est sur la base de l'assertion, qui s'exprime dans un énoncé déclaratif – affirmatif ou négatif- mais avec certitu

II. L'objet de la qualification

1. Le contexte de la qualification

Nous pouvons rencontrer dans une même analyse de données trois types de contexte en fonction de la place que nous prenons, soit externe, soit interne à l'énoncé de l'acte de qualification :

- contexte de communication,
- contexte d'énonciation
- ou contexte discursive (Charaudeau, Maingueneau, 2002).

Ce contexte permet que les éléments qui font partie de l'énoncé soient compris et se réalisent (Ducrot, 1984). Il est important de souligner pour faire l'analyse de donnée s'a recours à ces trois contextes pour faire l'analyse des actes de qualification.

Exemple de verbatim (Extrait de réunion) :

« L'hôpital doit faire face à un nouveau processus d'accréditation, à mon avis nous n'allons pas approuver le contrôle de l'infection hospitalière et par conséquent il faut savoir que la responsabilité retombe sur la direction de l'hôpital et cela doit rester très clair du point de vue légal...aujourd'hui il y a du personnel qui fait des actions de soin et qui n'a pas les compétences pour le faire » (Situation N° 18).

Nous pouvons convoquer la *situation d'énonciation* qui nous dit que tant l'énonciateur que le destinataire se présentent avec une identité neutre « *il* ». Mais si nous convoquons la « *situation de communication* », nous savons que derrière l'énonciateur il s'agit de l'identité sociale du « Chef de Service » et que derrière le destinataire « *il* », il y a un acteur possible de l'hôpital qui est responsable (face au contrôle des infections hospitalières), « la direction de l'hôpital ». Et, finalement, si nous convoquons la *situation discursive*, nous pouvons comprendre la stratégie de l'énonciateur : il s'agit de donner du sens globalement à l'activité et aussi de se protéger en tant que « Chef du Service » des effets de « l'agir » sur le plan opérationnel.

Exemple de verbatim (Extrait de réunion) :

«Je crois que ce qui se passe ici consiste en ce que le pouvoir s'approche de plus en plus de celui qui a le droit...c'est-à-dire le système s'approche de plus en plus du fait que celui qui a fait l'action réponde par l'action. Cette Loi à l'intérieur d'un hôpital public est quelque chose de nouveau, parce que nous sommes habitués au paternalisme [...]. Á mon avis nous devrions réviser tous les procédés. Nous devrions apprendre à bien faire les choses [...]» (Situation N° 17).

Dans ce cas, la *situation d'énonciation* dit que l'énonciateur se présente avec une identité individuelle « je » et, si nous convoquons la « *situation de communication* », nous savons que derrière l'énonciateur c'est l'identité sociale du « Chef de Pharmacie » et que derrière le destinataire « il », il y a une identité sociale « des chef de service ». Or, si nous posons la question : est-ce que le Chef de Pharmacie parlait au Chef de Service ?, alors la *situation discursive* permet de comprendre que l'adresse finale est « les médecins ». Ceux-là mêmes qui devraient répondre judiciairement à leur action. Ils sont absents dans la réunion, mais représentés par le Chef de Service. Et finalement, si nous convoquons aussi la *situation discursive* nous pouvons inférer que dans le passé et dans le présent le médecin doit répondre à l'action des soins données aux patients.

Tout d'abord nous pouvons dire que l'acte de qualification se fait dans le contexte de travail et des identités sociales de l'organisation hospitalière. Il s'agit du directeur, du chef de service, du collaborateur, mais ce regard est réductionniste de ce que signifie le contexte du point de vue discursif. Nous pouvons dire que le contexte est finalement toute la *réalité cognitive*, construite de façon individuelle, mais dans un processus social. Nous pouvons dire que nous sommes proches de la notion de « *mémoire collective et narrative* » de Bruner, (1986, 1991, 2002), « *notre capacité pour raconter des histoires en forme de narration, n'est pas seulement un jeu des enfants, mais aussi un instrument pour offrir des significations à une grande partie de la vie dans une culture* » (Bruner, 2002). Ainsi, faire de la réalité une réalité en continuité avec le passé, un passé plus dynamique, construite en interaction avec

le passé et à partir de nouvelles expériences, donc une réalité plus facile à assimiler et à transformer.

Cette conception a un impact important sur le dilemme qui se pose pour l'énonciateur de l'acte de qualification au moment de définir le *sujet destinataire* et son approximation du *sujet interprétant*.

2. L'action qualifiée (qu'est-ce qui est qualifié)

Il est nécessaire de rappeler et de préciser le cadre théorique, car cela aura une incidence sur la manière d'aborder cette question. Selon Barbier, (2003) dans une perspective d'analyse de l'activité il est possible de distinguer trois types d'activités :

- les activités de transformation par les sujets humains de leur environnement extérieur,
- l'espace de transformation par les sujets de leurs propres représentations,
- les activités de communication, de transformation d'autres sujets.

Normalement, tout ceci se produit en même temps, même si évidemment il y a une dimension dominante. Dans le cas des activités de qualification, « le dire » oral ou écrit, par rapport à la dimension du monde social, sont des activités de communication, dont le but est de faire influence sur autrui. La question est de savoir sur quelle dimension de l'activité d'autrui se fait l'influence? Nous pouvons faire l'hypothèse que l'influence se fait sur les activités internes d'autrui comme une façon indirecte d'avoir un impact sur les activités externes de transformation / développement de leur environnement.

Nous disons que le sujet énonciateur et le sujet interprétant qualifient le développement de l'environnement professionnel. Ceux qui l'entourent, c'est-à-dire, les processus par lesquels le dirigeant et ses collaborateurs eux-mêmes se développent en termes sociaux, affectifs et intellectuels et par lesquels « *la culture donne forme à son esprit* » (Bruner 1986,1991, 2002).

Nous avons repéré trois catégories d'objet qualifié : les tâches prescrites par le Ministère ; ce qui est à faire, les activités opératoires des collaborateurs ; ce qui est fait, les activités opératoires ; qu'il faut faire à l'hôpital. (Tableau : 12, 13 et 14).

Tableau 12 : Les tâches prescrites pour le ministère, ce qui est à faire		
Situation	Objet qualifié	Jugement de Valeur
4	La sous- direction d'infirmierie	ne fonctionne pas bien dans d'autres hôpitaux.
6	La sous-direction d'infirmierie	tout va se compliquer
8	Les hôpitaux qu'a diminués le taux de mortalité par « sepsis »	n'ont pas dépensé plus d'argent, Ils se sont organisés
12	L'autogestion	est un changement drastique
16	La loi sur la négligence médicale	vont payer, avant que la grève ne se produise
17	Le système de santé	de plus en plus à celui qui a le droit
17	La loi sur la négligence médicale	quelque chose de nouveau, parce que nous sommes habitués au paternalisme
18	Le contrôle de l'infection hospitalière	la responsabilité retombe sur la direction de l'hôpital
19	La loi sur la négligence médicale	va déséquilibrer le budget de l'hôpital
19	Le travail dans le contexte de la loi (négligence médicale)	faire avec beaucoup d'attention
20	Le Directeur Régional de Santé	le représentant du Ministre.
20	Le Directeur Régional de Santé est le représentant du Ministre	la confection du budget doit être très fondée
22	La dépendance de la gestion des lits	c'est quelque chose que je ne comprends pas
23	L'unité de gestion des lits	très logique dans l'organigramme
24	Avec l'infrastructure de l'hôpital	de s'acquitter de ces règles de qualité.
26	Le Centre de Responsabilité	n'est pas clair
27	L'hôpital de la ville	haute complexité, mais dans la pratique il n'est pas haute complexité

Tableau 13 : Les activités opératoires des collaborateurs, ce qui est fait		
Situation	Objet qualifié	Jugement de Valeur
1	Les critères de la Direction Régionale de Santé	sont discrétionnaires.
2	L'action des bénévoles	un grand apport à l'hôpital.
8	Le taux de mortalité « sepsis »	a augmenté graduellement.
10	La Direction Régionale	un grand problème.
10	L'UCI (soins intensif)	ne fonctionne pas bien.
11	La structure organisationnelle	n'est pas bien faite.
21	Les résultats de l'accréditation des processus de contrôle des I.I.H	très mauvais.
28	Tu	favorise une grave erreur.

Tableau 14 : Les activités opératoires qu'il faut faire à l'hôpital		
Situation	Objet qualifié	Jugement de Valeur
3	Les ressources	à temps dans la formulation du projet.
5	L'infirmière	fait partie de l'équipe de soins.
7	Le commerce de produit à l'hôpital	Il faut sanctionner les employés.
9	Les procédés de « Sepsis »	qui sont validés.
13	Le Directeur de l'Hôpital	est le responsable de créer le centre de responsabilité.
14	Des instances pour effectuer nos propres révisions	que le plus important.
15	Les directrices de la Direction Régionale	accomplir en concordance.
25	Le contrôle des infections intra hospitalières (I.I.H)	beaucoup à faire
25	Le contrôle des infections intra hospitalières (I.I.H)	est un très important défi

Nous pouvons repérer deux façons de qualifier : la qualification en direction de soi-même et la requalification en direction d'autrui.

- **La qualification auto-adressée**

Changer l'environnement interne de l'énonciateur (dirigeant), c'est-à-dire, son univers mental. Toute activité est par définition collective, « *le collectif est simultanément à l'intérieur de l'individu et il s'y développe en fonction des échanges entre gens du métier* » (Clot, 2008). Ainsi, toute activité, même si l'intention principale est l'influence sur autrui, a eu effet en direction de soi-même, qui relève du conflit qui se pose entre des sujets engagés dans une même situation, avec un vécu partagé selon les termes de Jérôme Bruner « une mémoire collective », néanmoins, avec des défis différents. Pour le dirigeant « le dire » égale « le faire », donc dans une démarche stratégique : la définition des objectifs stratégiques et la mise en œuvre de cette stratégie par « le dire » et pour « autrui » avec une intention dominante, notamment opératoire, c'est-à-dire la transformation de l'environnement externe.

La majorité des activités de qualification est faite par le dirigeant qui parallèlement travaille à l'hôpital en tant que médecin, alors au moment de qualifier l'environnement professionnel le vécu collectif « de médecin » qui n'est pas des moindres est en jeu dans cette qualification pour soi.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

« La sous-direction d'infirmier ne fonctionne pas bien dans d'autres hôpitaux parce que, il n'existe pas de limites de responsabilité et il n'est pas défini à qui le médecin doit s'adresser pour voir si elles font bien ou mal le traitement prescrit par le médecin et de cette façon changer le schéma de traitement aux patients » (Situation 4).

« L'infirmière fait partie de l'équipe de soins et l'équipe de soins doit être dirigé par le médecin....Mais, ce qui me semble logique c'est d'anticiper la coordination, c'est-à-dire de coordonner tous les aspects techniques propres d'infirmier pour qu'ils soient uniformes dans tout l'hôpital et non que chacun des services cliniques ait un point de

vue technique différent. Je crois que c'est une fonction très importante de régulariser tout les aspects propres d'infirmier et qu'un service clinique n'ait pas plus de cette ressource qu'un autre » (Situation N°5).

« ...si la sous-direction d'infirmier est créée tout va se compliquer, les responsabilités professionnelles ne sont pas bien définies, qu'est-ce qu'arrive si le sujet d'attention d'un patient passe au judiciaire ? À qui revient la responsabilité ? ». (Situation N°6).

« La Direction Régionale pour nous est un grand problème, c'est elle qui distribue les postes de travail. Il faut aider la direction de l'hôpital, parce que l'hôpital progresse par crise. Il est nécessaire d'augmenter le personnel, la UCI (Unité de Soins Intensif) ne fonctionne pas bien » (Situation N°10).

« Si la structure organisationnelle est une proposition, on constate qu'elle n'est pas bien faite. La pharmacie a des rôles différents de l'hôpital » (Situation N°11).

« Nous ne pouvons pas être d'accord mais Il faut savoir que nous appartenons au service public. La Direction Régionale nous donne des directrices et par conséquent nous devons les accomplir en accord avec notre réalité locale. La structure organisationnelle que nous avons faite, nous pouvons la questionner, mais nous ne devons pas la détruire [...]» (Situation N°15).

« Est-ce que vous avez compris la dépendance de gestion de lits ? [...] Pour moi, la dépendance de la gestion des lits, c'est quelque chose que je ne comprends pas dans la nouvelle structure de l'hôpital Maintenant, je ne sais pas si elle est là pour des raisons pratiques ou professionnelles, peut être pour des raisons pratiques il reste sous la sous-direction de soins aux patients (dirigé par une infirmière), mais je crois que la gestion des lits, pour des raisons professionnelles, devrait être sous la sous-direction médicale parce que la gestion des lits est en relation avec la fonction des médecins. Par exemple, les médecins peuvent suspendre la sortie du patient ; aussi ils décident de l'hospitalisation des patients ». (Situation N° 22).

«Il y a beaucoup de doutes de notre part, vous avez des doutes, aussi le personnel a des doutes sur la mise en place de ce système. Mais il y a des gens qui finissent

par se désintéresser du nouveau processus et je dis qu'ils deviennent désintéressés, parce que la semaine dernière un Chef de Centre de Responsabilité a rencontré un professionnel (médical) et quand lui, (il) a parlé de cette nouvelle méthodologie par le Centre de Responsabilité, il a fait comme s'il ne savait rien et moi je sais que cette personne a reçu des informations » (Situation N° 26).

On observe des activités de qualification, dans les situations 4,5, 6 et 22, qui sont en rapport avec deux sujets sensibles pour l'énonciateur dirigeant / médecin :

- le premier est la division du centre opérationnel en deux catégories : le corps médical (les médecins) et le personnel soignant (les infirmières), partenaires naturels du médecin
- le deuxième concerne les lits comme indicateur d'espace d'activité, donc de territoire et de pouvoir. Les grilles 15, 10, 11 montrent la résistance à avoir un intermédiaire dans la ligne hiérarchique, car dans le passé le dirigeant avait un accès direct au Ministère.
- Finalement, la situation 26 est en lien avec l'organisation des établissements hospitaliers et les modalités de financement des hôpitaux dans une logique d'entrepreneuriat. C'est à dire que la responsabilité relève des médecins.

- La requalification adressée à autrui

Nous pouvons dire que la requalification est une réélaboration interprétative. L'environnement professionnel est modifié ou reconstitué par la requalification, il est une adaptation à des situations toujours nouvelles. Il y a un regard rétrospectif et prospectif du dirigeant pour prendre les objectifs de l'organisation à travers de l'influence sur autrui, ses collaborateurs.

Quand un groupe fonctionne il se donne une représentation partagée de la situation, il est difficile de travailler ensemble sans se mettre d'accord sur une interprétation minimale de la situation, même si au final, tout ceci permet de mobiliser l'engagement de ce collectif dans l'agir et dans le développement de

l'environnement extérieur, c'est-à-dire, avec une intention de production des résultats de type opératoires.

Alors, peut-on penser que l'environnement professionnel détermine le développement de l'activité des collaborateurs du dirigeant ? Bien évidemment, ce n'est pas l'environnement en lui-même qui détermine l'activité, mais plutôt la signification qui en est donnée. Mais alors, quel rôle le dirigeant joue-t-il dans ce processus ? En fait, c'est le dirigeant qui attribue une signification particulière à l'environnement dans une stratégie de justification et de légitimation de l'action sur la base des objectifs visés par l'organisation.

L'attribution de signification est faite afin d'agir sur autrui. Le dirigeant cherche à convaincre les autres acteurs de soutenir son projet, donc il donne à ce dernier des accents de projet d'intérêt général.

Ces activités sont repérées dans les grilles d'analyse décrites ci-après :

Exemples des verbatim (Extrait de réunion) :

« Les critères de la Direction Régionale de Santé sont discrétionnaires dans la répartition des ressources. Nous avons l'Unité de Soins Intensifs, elle est totalement terminée et sans personne, là, il y a 16 lits, avec l'infrastructure totalement terminée, totalement équipée, mais sans personnel, et ce projet nous avons commencé à y travailler en 2005, et je ne sais pas, s'il est de la responsabilité de la Direction Régionale d'assigner les postes de travail, ou c'est le Ministère qui devrait les assigner.. » (Situation N°1).

« Les bénévoles font un grand apport à l'hôpital, Il faut souligner l'important apport des bénévoles à notre activité...Nous avons une collaboration très précieuse de la communauté, représentée par les dames en jaune, les dames en rouge,.. ». (Situation N°2).

« Nous avons en attente quelques dossiers, sans doute, nous allons résoudre ce problème des lits TIM (Traitement Intensif Intermédiaire). Malheureusement les ressources n'ont pas été considérés à temps dans la formulation du projet, nous

appellerons rapidement à un concours de ces poste de travail, de médecins, d'infirmières, auxiliaires, etc. » (Situation N°3).

« Il faut sanctionner les employés qui achètent des produits à l'intérieur de l'hôpital... Je demande aux Chefs de Service sa collaboration, ce n'est pas un moindre sujet. La vérité, c'est une pratique très répandue et non seulement des gens externes de l'hôpital, aussi des employés de l'hôpital. Un chef de service m'envoie une note où il m'indique qu'il a surpris une professionnelle de l'hôpital en vendant des bijoux à son bureau. Qui reste pour les professionnels à qui nous devons donner l'exemple et nous nous comportons de tel façon... » (Situation N°7).

« La taux de mortalité « sepsis » s'est incrémenté graduellement à l'hôpital. Les hôpitaux qui ont diminué le taux de mortalité par « sepsis » n'ont pas dépensé plus d'argent, ils n'ont pas plus de personnel. Ils se sont organisés du point de vue des urgences pour faire face à une situation comme cela. Ils sont hôpitaux publics, et l'unique chose qu'ils ont fait c'est réordonner les processus et répondre d'une façon différente aux imprévus... » (Situation N°8).

«..Il faut appliquer les procédés qui sont validés par le Ministère... Bon, ce que je veux te dire, je crois que c'est resté très marqué, que nous avons de grandes tâches et l'une d'elles est l'amélioration de la qualité de vie des patients, et là il faut mettre toute la main aussi et là le problème est que nous avons deux mains seulement et beaucoup de problèmes à résoudre et l'un d'eux est celui que tu viens de présenter... » (Situation N°9).

« L'autogestion est un changement drastique dans la gestion des hôpitaux. Il faut apprendre à optimiser nos ressources pour augmenter notre productivité, ce qui est obtenu en travaillant avec une vision commune..» (Situation N° 12).

« Il n'y a pas eu de capacité pour créer le centre de responsabilité. Il manque d'information opportune; nous avons besoin de connaître quelles sont les produits, pour analyser les brèches. Par conséquent, il est nécessaire de connaître les responsabilités des Chefs de Services dans la création des Centres de

Responsabilité, les Chefs de Services, nous n'avons pas de formation pour réaliser ce nouveau compromis » (Situation N° 13).

« Les intégrants de la Commission d'accréditation ont des différents critères pour évaluer notre processus chaque année. Ils ont trouvé déficients les indicateurs que l'année dernière avait été qualifiés comme bons. Je crois que le plus important est d'avoir des instances pour effectuer nos propres révisions de ce que nous avons fait... » (Situation N°14).

« Pour moi, les bonnes intentions de ce système sont intéressantes, mais en même temps avec un tel système, il me semble qu'il faut se protéger... À mon avis, les premiers professionnels de santé vont payer, avant que la grève ne se produise et que tout le monde ne s'arrête » (Situation N°16).

«Je crois que ce qui se passe ici consiste en ce que le pouvoir s'approche de plus en plus de celui qu'a le droit...c'est-à-dire, de plus en plus le système s'approche plus du fait que celui qui a fait l'action réponde par l'action. Cette Loi à l'intérieur d'un hôpital public est quelque chose de nouveau, parce que nous sommes habitués au paternalisme.... À mon avis, nous devrions réviser tous les procédés, nous devrions apprendre à faire bien les choses...» (Situation N° 17).

« L'hôpital doit faire face à un nouveau processus d'accréditation. À mon avis, nous n'allons pas approuver le contrôle de l'infection hospitalière et par conséquent il faut savoir que la responsabilité tombe su la direction de l'hôpital et cela doit rester très clair du point de vue légal...aujourd'hui, il y a du personnel qui fait de l'action des soins et qui n'a pas les compétences pour le faire... » (Situation N° 18).

« Les mauvaises pratiques c'est l'hôpital qui devra les payer et (non) pas la Direction Régionale de Santé. Par conséquent, nous devons nous préoccuper de faire les choses avec beaucoup d'attention. Nous devons commencer à remplir les fiches cliniques correctement, nous devons faire les consentements informés des patients...Tout ce qui n'est pas fait correctement va déséquilibrer le budget de l'hôpital. Si l'hôpital perd un procès, il devra payer et répondre avec son patrimoine,

*par exemple, face à des choses négatives comme les négligences médicales..»
(Situation N° 19).*

« Il semble que le Directeur Régional de Santé est le représentant du Ministre, alors, il aurait les facultés de refuser le budget présenté par les hôpitaux aux autorités de la région. Donc, c'est une bonne raison pour que la réalisation du budget soit très fondée, puisque le Directeur Régional, pourrait manifester des objections et demander sa modification» (Situation N° 20).

« Les résultats de l'accréditation des processus de contrôle des I.I.H. sont très mauvais, la Sous-direction Médicale réunit les antécédents pour programmer une réunion et analyser l'évaluation de ce programme et pour travailler dans le planning de contingence que nous avons sollicité...la plus grande difficulté est le manque de supervision, probablement par la réduction de personnel, mais de toute façon il est réalisé mais avec une attitude très passive et de peu de collaboration de la part des chefs de service. Les Chefs de Service laissent passer beaucoup de situations irrégulières... Aussi, cette équipe de direction assume sa partie de responsabilité...» (Situation N° 21).

*« Á mon avis, l'unité de gestion des lits me semble très logique dans l'organigramme, dans la gestion des lits participent l'infirmière et les médecins. Il y a une partie médicale, comme la résolution médicale, qui a l'intention de résoudre le problème de santé du patient, et d'autre côté l'infirmière est responsable de l'optimisation du recours lit et la catégorisation du patient. C'est-à-dire, qu'il faut décider dans quel type de lit restera le patient ». (Il existe quatre types de lits).
(Situation 23)*

« Il n'y a pas de doute qu'avec l'infrastructure que nous avons, il sera impossible de s'acquitter de ces règles de qualité. Sur ce processus de qualité n'influe pas seulement l'équipement, mais aussi il est nécessaire de disposer de la normalisation de l'établissement. Par rapport à la qualité professionnelle « la judicialisation » a eu une influence sur la médecine ». (Situation N°24).

« Nous avons beaucoup à faire pour le contrôle des infections intra hospitalières. Le contrôle des infections intra hospitalières est un très important défi. Nous avons demandé à Mme «. », qui prendra le poste du service de stérilisation. Elle a des compétences que la charge requiert. Elle est Technologue Médical et elle est techniquement la plus préparée pour occuper le poste. Vous savez que la loi dit que le poste ne peut pas nécessairement être occupée par des infirmières, il peut aussi être occupé par des kinésologues ou des Technologues Médicaux,[...] J'espère que vous allez coopérer [...] » (Situation N°25).

« L'hôpital de la ville devrait être de haute complexité, mais dans la pratique il ne l'est pas, les ressources que nous avons ne correspondent pas à cette catégorie. Je ne comprends pas la haute complexité de cet hôpital, par exemple il n'y a pas de lits de soins intensifs pour les enfants. Maintenant, nous devons faire en sorte de programmer comme pour un vrai hôpital de haute complexité. Par conséquent, dans le nouveau projet il faut incorporer les ressources conformément à la catégorie d'hôpital qui est construit ». (Situation N° 27).

Nous pouvons dire que le Dirigeant est un acteur capable de concevoir un schéma alternatif d'organisation de l'environnement, selon ses objectifs et les objectifs de l'hôpital. Nous pouvons concevoir l'hôpital comme n'importe quelle entreprise qui connaît des transformations importantes de son univers professionnel. Or, dans le cas d'un hôpital, ces changements revêtent une importance particulière car ils demandent au dirigeant de développer son activité dans deux logiques contradictoires ; d'un côté, il est appelé à rationaliser et à contrôler l'action dans une logique entrepreneuriale et d'un autre côté, il est appelé à offrir le maximum de service de soin à la population d'un territoire déterminé.

L'évolution de l'activité hospitalière doit être rapportée aux facteurs de contingence définis par un cadre prescrit, il s'agit de : l'évolution et la diversification des services de soins, la restriction des ressources budgétaires et les modifications structurelles latentes (catégorisation et dépendance des lits, auto-gestion, travail en réseau avec d'autres hôpitaux, l'évolution du rôle du personnel soignant et cadres infirmiers, entre autres).

Alors, pouvons-nous dire que ce cadre prescrit détermine l'activité du dirigeant et de ses collaborateurs ? Finalement, tout cela appartient à l'activité (Clot, 2008), par contre il est source du développement « *l'environnement n'est pas le cadre, mais la source du développement* » (Vygotski, 1997)

Enfin, nous sommes d'accord que toutes ces évolutions nécessitent une coopération importante entre les différents acteurs. En effet, au travers des activités de qualification, le dirigeant interprète et transforme l'environnement professionnel selon les scénarios qui lui sont favorables, sur la base de l'utilisation du discours. Donc, le défi essentiel du dirigeant réside, sur le plan relationnel, dans le développement de l'activité à l'hôpital, et sur le plan cognitif dans la construction de rationalités au travers desquelles les acteurs enrôlés dans le changement partagent une même interprétation de la réalité.

3. Les personnes

Les personnes qui participent aux réunions : Conseil Technique ou Comité de Gestion. C'est-à-dire, l'équipe directive, composée par le Directeur de l'Hôpital, le Chef Administratif ou Financier, le Chef des Cadres Supérieurs Infirmiers, le Sous-directeur Médical et les Chefs de Service. Nous rappelons que, du point de vue discursif les identités inscrites dans les actes de qualification sont normalement associées à une identité collective « ils », tel que nous l'avons dit préalablement au moment de faire l'analyse de l'adresse de l'acte de qualification. Cependant, il est important d'identifier les personnes présentes au moment de l'acte de qualification, selon les situations analysées. (Tableau 15)

Tableau 15 : Les participants aux réunions		
Réunions	Date	Participants
01	Le 24 mars 2008	Le Chef des Finances, le Directeur de L'hôpital
02	Le 28 mars 2008	Le Directeur de L'hôpital, Les Autorités Régionales, les Représentants de la Communauté, les Chefs de Services.
03	Le 31 mars 2008	Le Directeur de L'hôpital, Les Chefs de Services, Administratifs et les Sous-directeurs.
04	Le 07 avril 2008	Le Directeur de L'hôpital, Les Chefs de Services Cliniques, Administratifs et les Sous-directeurs.
05	Le 14 avril 2008	Le Directeur de L'hôpital, Les Chefs de Services Cliniques, Administratifs et les Sous-directeurs.
06	Le 21 avril 2008	Le Directeur de L'hôpital, Les Chefs de Services Cliniques, Administratifs et les Sous-directeurs.
07	Le 02 juin 2008	Le Directeur de L'hôpital, Les Chefs de Services Cliniques, Administratifs et les Sous-directeurs
08	Le 03 octobre 2008	Le Directeur de L'hôpital, Les Chefs de Services Cliniques, Administratifs et les Sous-directeurs
09	Le 13 octobre 2008	Le Directeur de L'hôpital, Les Chefs de Services Cliniques, Administratifs et les Sous-directeurs
10	Le 03 novembre 2008	Le Directeur de L'hôpital, Les Chefs de Services Cliniques, Administratifs et les Sous-directeurs
11	Le 23 février 2009	Le Directeur de L'hôpital, Les Chefs de Services Cliniques, Administratifs et les Sous-directeurs
12	Le 11 mars 2009	Le Directeur de l'hôpital, Les Chefs de Services Cliniques, Administratifs et les Sous-directeurs
13	Le 18 mai 2009	Le Directeur de L'hôpital, Les Chefs de Services Cliniques, Administratifs et les Sous-directeurs
14	Le 21 mai 2009	Le Directeur de L'hôpital, La Sous-directrice de Gestion du Soin du Patient, des personnels techniques, qui travaillent dans le Service de Stérilisation (15), la Directrice de Recours Humains.
15	Le 18 juin 2009	Le Directeur de L'hôpital, Les Sous-directeurs, les Chefs de Centre de Responsabilité
16	Le 25 juin 2009	Le Directeur de L'hôpital, Les Sous-directeurs, les Chefs de Centre de Responsabilité
17	Le 30 juin 2009	Le médecin, L'infirmière

III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)

1. En fonction de quoi se fait l'activité de qualification

Les activités de qualification sont faites en fonction des influences que l'énonciateur a reçues en termes de «dire», oral ou écrit, et des relations qu'il a faites avec d'autres événements ou espaces d'activités. Également et finalement en termes cognitifs à partir de la mémoire collective qu'il a (Bruner, 1986). Par exemple : (Tableau N° 16 et 17).

Tableau 16 : Cadre interprétatif porté pour la qualification de l'environnement professionnel		
Situation	Qualification : Proposition explicite de l'énonciateur	Présumé : Cadre interprétatif pour le destinataire (<i>il émit par le chercheur</i>)
4	La sous-direction d'infirmier / ne fonctionne pas bien dans d'autres hôpitaux.	La sous-direction d'infirmier ne fonctionnera pas bien à l'hôpital de Curicó.
6	Avec la sous-direction d'infirmier / tout va se compliquer	La création de la sous-direction d'infirmier sera un problème pour l'hôpital.
8	La diminution du taux de mortalité par « sepsis » / n'ont pas dépensé plus d'argent, ils se sont organisés	Il a fallu organiser l'activité du médecin à l'hôpital de Curicó pour diminuer la sepsis.
12	L'autogestion / est un changement drastique	Il est nécessaire d'augmenter les services de soins avec les mêmes ressources.
14	La Commission de d'accréditation / a des différents critères	Les résultats émit par la Commission d'accréditation ne sont pas crédibles.
16	La loi sur la négligence médicale / vont payer, avant que la grève se produise	Il est nécessaire de faire de la résistance face à la mise en place de cette loi.
17	Le système de santé / de plus en plus à celui qu'a le droit	La loi favorise plus au patient que à le personnel de soins (médecins et infirmiers)
18	Cette Loi (négligence médicale) / quelque chose de nouveau, parce que nous sommes habitués au paternalisme.	L'Hôpital n'est pas préparé pour faire face à l'accréditation.

Continuation du Tableau 16. Cadre interprétatif porté pour la qualification de l'environnement professionnel		
19	Le contrôle de l'infection hospitalière / la responsabilité tombe sur la direction de l'hôpital	La loi sur négligence médicale est une menace
20	Le Directeur Régional de Santé / est le représentant du Ministre / La confection du budget doit être très fondée	Le contrôle externe a augmenté.
22	La dépendance de la gestion des lits / c'est quelque chose que je ne comprends pas	La dépendance de l'unité de gestion des lits de la Sous Direction d'Infirmière n'est pas bonne.
23	L'unité de gestion des lits / est très logique dans l'organigramme	Les infirmières auront des responsabilités différentes face à la gestion des lits.
26	Le Centre de Responsabilité / n'est pas claire	Il est nécessaire de faire changement du travail de cette unité.
27	L'hôpital de la ville / devrait être de haute complexité, mais dans la pratique il ne l'est pas	L'Hôpital qui sera construit devra mettre l'équipement selon les besoins du territoire où il est.

Tableau 17 : Cadre interprétatif porté pour la qualification de l'action des professionnels		
Situation	Qualification : Proposition explicite de l'énonciateur	Présupposition : Cadre interprétatif pour le destinataire
1	Les critères de la Direction Régionale de Santé / sont discrétionnaires	L'action de la Direction Régionale ne favorise pas l'Hôpital de Ville.
2	L'action des bénévoles / sont un grand apport à l'hôpital	Le travail des bénévoles est apprécié à l'hôpital.
3	Les ressources / ne sont pas considérées à temps dans la formulation du projet	Il y a des problèmes de gestion à l'Hôpital.
5	L'infirmière / fait partie de l'équipe de soins	L'action de l'infirmière doit être attachée au médecin.
7	Le commerce de produit à l'hôpital / il faut sanctionner les employés	Les temps de travail ne sont pas bien investis (occupés).
8	Le taux de mortalité de « sepsis » a augmenté graduellement	Il est nécessaire faire une meilleure coordination de l'activité du médecin.
9	Les procédés de « Sepsis » / qui sont validés	Il est nécessaire d'appliquer les procédés donnés par le Ministère.
10	La Direction Régionale / est un grand problème	L'action de la Direction Régionale ne favorise pas l'Hôpital de Ville.

Continuation du Tableau 17. Cadre Interprétatif porté pour la qualification de l'action des professionnels		
10	L'UCI (soins intensifs) ne fonctionne pas bien	Il est nécessaire de donner les ressources à l'Unité UCI.
11	La structure organisationnelle / n'est pas bien faite	Je ne me retrouve pas dans la structure de pouvoir.
13	Le Directeur de L'hôpital / pour créer le centre de responsabilité	La responsabilité pour mettre en place la gestion par Centre de Responsabilité est du Directeur de l'Hôpital.
14	Des instances pour effectuer nos propres révisions / que le plus important	Le contrôle de l'activité.
15	Les directrices de la Direction Régionale / accomplir en concordance	Il faut agir en concordance, même si nous ne sommes pas d'accord.
17	Le travail médical (réviser tous les procédés) / il faut apprendre à bien faire les choses	Un engagement plus grand est nécessaire avec l'activité.
21	Les résultats de l'accréditation des processus de contrôle des I.IH / sont très mauvais	Il est nécessaire de faire des changements importants.
24	Avec l'infrastructure de l'hôpital / de s'acquitter de ces règles de qualité	Il est nécessaire de changer l'infrastructure de l'hôpital.
25	Nous / avons beaucoup à faire pour le contrôle des infections intra hospitalières.	Le contrôle des infections intra hospitalières dépend en grande partie de nous.
28	Tu / favorises une grave erreur	Les médecins ne font pas bien leur travail, mais ce n'est pas moi qui l'a dit, c'est toi.

2. À partir de quoi se fait l'activité de qualification ?

Les activités de qualification sont faites à partir de la conception que se fait le sujet énonciateur des espaces d'action des uns et des autres (Tableau 18) ou de la conception de l'action faite par les autres ou encore d'une projection de cette action (Tableau 19). Elles sont comprises comme une manière particulière de se représenter un événement.

Tableau 18 : Qualification de l'environnement professionnel des salariés		
Situation	Qualification : Proposition explicite	À partir de la conception de :
4	La sous-direction d'infirmier / ne fonctionne pas bien dans d'autres hôpitaux.	L'espace d'action des infirmières et des médecins.
5	La fonction de l'infirmière / fait partie de l'équipe de soins	L'espace d'action des infirmières et des médecins.
6	Avec la sous-direction d'infirmier / tout va se compliquer	L'espace d'action des infirmières et des médecins.
8	La diminution du taux de mortalité par « sepsis » / n'ont pas dépensé plus d'argent, Ils se sont organisés	L'espace d'action des médecins.
12	L'autogestion / est un changement drastique	L'espace d'action du personnel de soins.
14	La Commission d'accréditation / a des différents critères	L'espace d'action de la Commission d'accréditation
16	La loi sur la négligence médicale / vont payer, avant que la grève ne se produise	L'espace d'action du personnel de soins.
17	Le système de santé / de plus en plus à celui qui a le droit	L'espace d'action du personnel de soins.
18	Cette Loi (négligence médicale) / quelque chose de nouveau, parce que nous sommes habitués au paternalisme.	L'espace d'action du personnel de soins.
19	Le contrôle de l'infection hospitalière / la responsabilité tombe sur la direction de l'hôpital	Projection de l'espace d'action du personnel de soins.
20	Cette Loi (négligence médicale) / va déséquilibrer le budget de l'hôpital	L'espace d'action du Directeur Régional et l'espace d'action du Directeur de l'hôpital.
22	La dépendance de la gestion des lits / c'est quelque chose que je ne comprends pas	L'espace d'action des infirmières et des médecins.
23	L'unité de gestion des lits / est très logique dans l'organigramme	Projection de l'espace d'action des infirmières et des médecins.
26	Le Centre de Responsabilité / n'est pas clair	L'espace d'action du personnel qui travaille à l'UCII.
27	L'hôpital de la ville / devrait être de haute complexité, mais dans la pratique il ne l'est pas	L'évaluation de l'activité à l'hôpital.

Tableau 19 : Qualification de l'action des professionnels de soin et d'administration		
Situation	Qualification : Proposition explicite	À partir de la conception de :
1	Les critères de la Direction Régionale de Santé / sont discrétionnaires	L'action du Directeur Régional de Santé.
2	L'action des bénévoles / sont un grand apport à l'hôpital	L'action des bénévoles.
3	Les ressources / ne sont pas considérées à temps dans la formulation du projet	L'action du Directeur de l'hôpital.
7	Le commerce de produit à l'hôpital / il faut sanctionner les employés	L'action des employés à l'hôpital.
8	Le taux de mortalité de « Sepsis / a augmenté graduellement	L'action du médecin.
9	Les procédés de « Sepsis » / qui sont validés	L'action des médecins dans d'autres hôpitaux.
10	La Direction Régionale / est un grand problème	L'action du Directeur Régional.
10	L'UCI (soins intensifs) / ne fonction pas bien	L'espace d'action du personnel de l'UCI.
11	La structure organisationnelle / n'est pas bien faite	L'action du personnel de l'Unité Contrôle de Gestion.
13	Le Directeur de L'hôpital / pour créer le centre de responsabilité	L'action du Directeur de l'Hôpital.
14	Des instances pour effectuer nos propres révisions / que le plus important	L'action de personnel médicale.
15	Les directrices de la Direction Régionale / accomplir en accord	L'action prescrite par la Direction Régionale.
17	Le travail médical (réviser tous les procédés) / il faut apprendre à bien faire les choses	L'action de personnel médical
21	Les résultats de l'accréditation des processus de contrôle des I.IH / sont très mauvais	L'action du personnel médical.

Continuation du Tableau 19. Qualification de l'action des professionnels de soin et d'administration		
24	Avec l'infrastructure de l'hôpital / de s'acquitter de ces règles de qualité	L'évaluation des objets physiques
28	Tu / favorises une grave erreur	L'action de l'infirmière

3. À partir de quoi le dirigeant est requalifié ?

C'est à partir de l'intentionnalité de l'énonciateur au moment de construire le destinataire tout en relevant de la stratégie choisie en rapport avec l'affect qu'il a besoin de produire dans le processus d'interprétation qui fera le destinataire. Ceci, en précisant que ce destinataire a aussi sa propre historicité et qu'en même temps il construit son expérience. (Tableau 20).

Les activités de qualification sont des requalifications pour les autres. Donc, qualifier pour les autres est en même temps une façon de prendre le pouvoir sur l'environnement du travail et l'appropriation dudit environnement pour le proposer aux autres.

Nous pouvons dire que l'énoncé / « le dire » que porte l'acte de qualification est compris comme une « *proposition explicite* » (Bruner, 1986) faite par l'énonciateur. Cette proposition pour le destinataire se transforme en une présupposition (cadre interprétatif) au moment où il qualifie, tout d'abord pour lui, parce qu'à partir de là le destinataire construit du sens, en lien aussi avec le concept de cadre interprétatif et de mémoire collective (Bruner, 1986).

Ainsi, nous sommes d'accord sur le fait qu'il est impossible de vérifier si l'interprétation qu'a faite le destinataire de l'acte de qualification coïncide avec la proposition qu'a faite l'énonciateur et si l'intention de l'énonciateur est atteinte.

Tableau 20 : Requalification en fonction de l'interprétation et de la mémoire collective		
Situation	Qualification : Proposition explicite	Requalifie en fonction de: l'interprétation d'information / Mémoire Collective.
4	La sous-direction d'infirmier / ne fonctionne pas bien dans d'autres hôpitaux.	En fonction de : ce que l'infirmière a dit / de l'information reçue d'autres hôpitaux / de la conception collective « le travail de l'infirmière est attaché au médecin »
5	La fonction de l'infirmière / fait partie de l'équipe de soins	En fonction : ce que l'infirmière a dit / de ce que a dit le Directeur de l'hôpital / de la conception collective « le travail de l'infirmière est attaché au médecin »
6	Avec la sous-direction d'infirmier / tout va se compliquer	En fonction de : ce que l'infirmière a dit / de ce que a dit le Directeur de l'hôpital / de la conception collective « le travail de l'infirmière est attaché au médecin »
8	La diminution du taux de mortalité par « sepsis » / n'ont pas dépensé plus d'argent, Ils se sont organisés	En fonction de : de l'information reçue d'autres hôpitaux / de la prescription du Ministère.

4 Jugement de valeur

Dès l'analyse des données, nous trouvons que le jugement de valeur a du contenu prescriptif et du contenu descriptif (Putnam, 2002). Tableau 21 et 22.

D'ailleurs, également si le contenu des jugements de valeur est prescriptif « *les critères de la DRS sont discrétionnaires, la sous- direction d'infirmier ne fonctionne pas bien* ». (Tableau 21) ou descriptives « *Malheureusement, les ressources n'ont pas été considérés à temps ; L'infirmier est partie de l'équipe de soins* ». (Tableau 22). Ils sont des appréciations des dirigeants et en même temps ils sont un désir. À travers de contenu des jugements de valeur, le dirigeant, de façon volontaire, essaie d'informer ses collaborateurs de son goût et de ses préférences envers une situation donnée. Nous pouvons dire que ce sont des propositions qui ont une intention : *agir sur la construction du sens d'autrui*.

Par ailleurs, il y a un certain rapport entre jugement de valeur et action. Pour le dirigeant, les jugements de valeur constituent les ressorts de l'action d'autrui, leurs collaborateurs, guidés par leur jugement de valeur – qui font partie de l'activité de qualification - le dirigeant désire substituer des situations qui lui plaisent plus à des situations qu'il juge moins satisfaisantes - «*Les bénévoles **font un grand apport** à l'hôpital... ; La direction régionale pour nous **est un grand problème** ; Là tu favorises **une grave erreur**, il ne faut jamais le faire encore.* – Ces jugements de valeur permettent au dirigeant d'agir et d'orienter la conduite de ses collaborateurs. Également, les jugements de valeur sont personnels et subjectifs. Nous ne pouvons pas dire qu'il y a un accord entre les dirigeants et les collaborateurs en lien avec les goûts ou les préférences face à une situation donnée.

Chacun peut apprécier une situation de façon différente - *Si la sous- direction d'infirmierie est créée **tout va se compliquer** ; L'infirmierie **est partie** de l'équipe de soins* ». Or, la question est d'où vient le contenu du jugement de valeur, est – ce qu'ils sont nettement des actes mentaux ? Nous avons constaté que le contenu du jugement de valeur est fortement influencé par l'environnement social où le dirigeant est inséré. C'est l'environnement du travail qui en même temps contribue à façonner sa conduite (action) de dirigeant et de collaborateur. En termes théoriques, nous sommes proches du concept de « *mémoire collective* » de Bruner (1986, 1991, 2002).

Finalement, nous pouvons dire que les jugements de valeur sont liés à la personne qui les énonce, le dirigeant. Ils ne font pas partie des situations, des choses ou des personnes auxquelles ils sont attribués.

Ils sont dans le sujet qui les énonce, ils sont dans le dirigeant qui fait l'acte de qualification, sur la base de la comparaison qu'il fait entre une situation désirable et une autre existante : «*Le pouvoir s'approche **de plus en plus** à celui qui a le droit* ». Le dirigeant compare un état réel ou imaginé, avec un autre état, réel ou imaginé - le premier : le pouvoir est sur les professionnels de la santé peut être sur

les médecins ; le deuxième : le pouvoir est sur les patients, ce qui a le droit- et il doit choisir entre ces deux états sur la base de ce qu'il aime ou de ce qu'il préfère plus ou moins. Sa décision énoncée est un jugement de valeur.

Tableau 21 : Jugement de valeur : «contenu prescriptif»	
Situation	Énoncé
01	Les critères de la DRS sont discrétionnaires dans la répartition de ressources...
02	Les bénévoles font un grand apport à l'hôpital...
04	La sous-direction d'infirmier ne fonctionne pas bien dans d'autres hôpitaux.
06	Si la sous- direction d'infirmier est créée tout va se compliquer...
07	Il faut sanctionner les employés qui achètent des produits à l'intérieur de l'hôpital..., c'est n'est pas un moindre sujet...
10	La direction régionale pour nous est un grand problème...
11	On constate qu'elle n'est pas bien faite...
12	L'autogestion est un changement drastique.
13	Il n'ya pas eu de capacité pour créer le centre de responsabilité...
14	Les intégrants de la Commission d'accréditation ont des différents critères pour évaluer.
16	Les premiers professionnels de la santé vont payer , avant que la grève ne se produise.
17	Le pouvoir s'approche de plus en plus à celui qui a le droit.
18	A mon avis nous n'allons pas approuver le contrôle des l'infections hospitalières et par conséquent, il faut savoir que la responsabilité tombe sur la direction de l'hôpital.
19	Tout ce qui n'est pas fait correctement va déséquilibrer le budget de l'hôpital...
21	Les résultats de l'accréditation des processus de contrôle des I.I.H. sont très mauvais...
23	A mon avis, l'unité de gestion des lits me semble très logique dans l'organigramme...
24	Il n'ya pas doute qu'avec l'infrastructure que nous avons il sera impossible de s'acquitter de ces règles de qualités...
25	Nous avons beaucoup à faire pour le contrôle des infections intra hospitalières ...
26	Il y a beaucoup des doutes de notre part, vous avez aussi....
28	Là tu favorises une grave erreur , il ne faut jamais le faire à nouveau.

Tableau 22 : Jugement de valeur : «contenu descriptif»	
Situation	Énoncé
03	Malheureusement, les ressources n'ont pas été considérées à temps...
05	L'infirmier fait partie de l'équipe de soins...
08	Les hôpitaux qui ont diminué le taux de mortalité par « sepsis » n'ont pas dépensé plus d'argent , ils se sont organisés.
09	Nous avons deux mains seulement et beaucoup des problèmes à résoudre...
15	Nous ne pouvons pas être d'accord mais il faut savoir que nous appartenons au service public...
20	Il semblait que le Directeur Régionale de Santé est le représentant du Ministre de Santé...
22	Pour moi, la dépendance de la gestion des lits, c'est quelque chose que je ne comprends pas dans la nouvelle structure...
27	L'hôpital de la ville devrait être de haute complexité , mais dans la pratique, il ne l'est pas. Les ressources que nous avons ne correspondent pas à cette catégorie...

IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification

Les modalités discursives des énoncés sont analysées à partir des expressions déictiques : le sujet qui qualifie s'inscrit dans son énoncé principalement pendant l'emploi de « verbes » (présent/passé/futur). Aussi de l'emploi de « substantifs », d'« adjectifs » et d'« adverbes ». Ils comprennent comment des unités déictiques « *ce sont des unités linguistiques dont le fonctionnement sémantico - référentiel implique une prise en considération de certains des éléments constitutifs de la situation de communication. À savoir, le rôle que tiennent dans le procès d'énonciation les actants de l'énoncé et la situation spatio-temporelle du locuteur et éventuellement de l'allocataire ... les unités déictiques sont entendues comme un sous-ensemble des unités « subjectives » qui constituent, elles-mêmes, un sous-ensemble des unités « énonciatives »* (Kerbrat, 1999). Dans l'acte de qualification ces unités déictiques ont la fonction d'ancrer les énoncés et en même temps ils portent un trait évaluatif.

1. Les verbes relationnels

L'entité qualifiée se présente comme le sujet. Ensuite, les verbes relationnels comprennent les verbes qui « *établissent des liens entre deux entités* » (Halliday, 1985). Dans ce cas, le verbe « être » se présente aussi en négation. Le jugement de valeur se présente comme un quantificateur (très) ou un adjectif qualificatif (totalement, un grand problème). Mais aussi, le substantif peut indiquer un jugement de valeur tel que : discrétionnaires, partie, considéré à temps, représentant, le manque. Finalement, une restriction qui opère une restriction de la portée de la catégorie qualifiée comme les limites du jugement de valeur. (Tableau 23).

Tableau 23 : Modalités de qualification; les verbes relationnels					
Situation	L'agent qualificateur	L'entité qualifiée	Le verbe relationnel	Le jugement de valeur	La restriction
1.0	Le Chef des Finances	Les critères de la Direction Régionale de Santé	sont	discrétionnaires	dans la répartition des ressources
		L'Unité de Soins Intensifs	est	totalement terminée	et sans personnel
3.0	Directeur Régional	Les ressources	n'ont pas été	considéré à temps	dans la formulation du projet
10	Chef de Pédiatrie	La Direction Régionale	est	un grand problème	c'est elle qui distribue les charges
12	Chef de Service du Contrôle Médical	L'autogestion	est	un changement drastique	dans la gestion des hôpitaux
17	Chef de Pharmacie	C'est Loi à l'intérieur d'un hôpital publique	est	quelque chose de nouveau	parce que nous sommes habitués au paternalisme
20	Dirigeant	Le Directeur Régional de Santé	est	le représentant du Ministre	alors, il aurait les facultés de refuser le budget
21	Dirigeant	Les résultats de l'accréditation des processus de contrôle des I.IH	sont	très mauvais	
21	Dirigeant	La plus grande difficulté	est	le manque	de supervision
25	Dirigeant	Le contrôle des infections intra hospitalières	est	un très important	défi

2. Les verbes de mesure

L'entité qualifiée se présente comme le sujet. Ensuite, « les verbes de mesure ». « Ils comprennent les verbes de mesure, tels qu'augmenter, incrémenter ou diminuer ». (Ferrari, Gallardo 2006). Dans notre cas : « incrémenter », « s'approche » et « avoir ». Il est important de souligner que dans ce cas le verbe a également une connotation qualifiante, relative au contexte : la connotation positive ou négative qu'on peut lui donner. Par exemple, le taux de mortalité s'est incrémenté, dans le contexte de la santé la situation n'est pas bonne. Le jugement de valeur se présente comme un quantificateur (graduellement, de plus en plus, beaucoup). Finalement, une restriction qui opère comme les limites du jugement de valeur. (Tableau 24)

Tableau 24 : Modalités de qualification; les verbes de mesure					
Situation	L'agent qualificateur	L'entité qualifiée	Le verbe de mesure	Le jugement de valeur	La restriction
8.0	Chef de Soins Intensifs	Le taux de mortalité de la « sepsis »	s'est incrémenté	graduellement	à l'hôpital
17	Chef de Pharmacie	Le pouvoir	s'approche	de plus en plus	à celui qu'a le droit
25	Dirigeant	Nous	avons	beaucoup à faire	pour le contrôle des infections intra hospitalières

Dans ce cas le verbe de mesure « diminuer » fait office de lien entre deux entités qualifiées. La première étant les hôpitaux et la deuxième étant relative au taux de mortalité. Le jugement de valeur se présente également comme une restriction (n'ont pas dépensé plus). (Tableau 25)

Tableau 25 : Modalités de qualification; les verbes de mesure					
Situation	L'agent qualificateur	L'entité qualifiée	Le verbe de mesure	L'entité qualifiée	Le jugement de valeur
8.0	Chef de Soins Intensifs	Les hôpitaux	qui ont diminué	la taux de mortalité « sepsis »	n'ont pas dépensé plus

3. Les verbes de processus

Dans ce cas, la relation entre l'entité qualifiée et le jugement de valeur est faite par « les verbes de processus ». Ils comprennent les verbes qui « *en général font relation au « faire » d'une entité, cela signifie qu'une entité commence le processus et qu'elle agit de quelque façon sur l'autre* » (Halliday, 1985). Dans cette situation : faire, fonctionner, avancer, laisser, avoir, se présentent aussi en négation. Le jugement de valeur se présente comme un quantificateur (grand, beaucoup, très) et de plus le substantif indique un jugement de valeur telle que : bien, correctement, impossible. Finalement, une restriction qui opère comme des limites du jugement de valeur. (Tableau 26).

Tableau 26 : Modalités de qualification; les verbes de processus					
Situation	L'agent qualificateur	L'entité qualifiée	Le verbe de processus	Le jugement de valeur	La restriction
2.0	Dirigeant	Les bénévoles	font	un grand apport	à l'hôpital
4.0	Dirigeant	La sous-direction d'infirmierie	ne fonctionne pas	Bien	dans d'autres hôpitaux
5.0	Chef des Urgences	L'infirmière	fait	partie	de l'équipe de soin
7.0	Dirigeant	Nous	n'avons pas avancé	beaucoup	pour contrôler le commerce de produits à l'intérieur de l'hôpital
11	Chef de Pharmacie	La pharmacie	a	des rôles différents	à l'hôpital
13	Chef de Médecine	Il	n'y a pas eu	de capacité	pour créer le centre de responsabilité
14	Chef de Pédiatrie	Les intégrants de la Commission d'accréditation	Ont	des différents critères	pour évaluer notre processus à chaque année
19	Chef de Pédiatrie	Tout ce qui	n'est pas fait	correctement	va déséquilibrer le budget de l'hôpital
21	Dirigeant	Les chefs de service	laissent passer	beaucoup	de situations irrégulières

Continuation tableau 26. Modalités de qualification; les verbes de processus					
23	Sous – Directrice	L'unité de gestion des lits	me semble	très logique	dans l'organigram me
24	Dirigeant	Avec l'infrastructure	que nous avons	il sera impossible	de s'acquitter de ces règles de qualité

Dans ce cas, il y a un connecteur qui indique la conception d'un cadre de présupposés qui limite le jugement de valeur : « *Il correspond à un adverbe et renvoie à une restriction. Il représenterait la trace monologique d'un possible contre-discours : donc, cependant, à moins que, si* » (Charaudeau P., Maingueneau D., 2002). Ce connecteur conditionne l'entité qualifiée, le verbe de procès matériel et le jugement de valeur. Cette dernière se présente aussi comme une restriction. (Tableau 27 et 28).

Tableau 27 : Modalités de qualification; les verbes de processus matériel							
Situation	L'agent t qualific ateur	Conne cteur	L'entité qualifiée	Le verbe de procès matériel	L'agent qualificateur	Le verbe	Le jugemen t de valeur
6.0	Chef de Soins Intensif s	Si	la sous- direction d'infirméri e	est créée			tout va se compliqu er
11	Chef de Pharma cie	Si	la structure organisati onnelle	est une proposition	on	constate	qu'elle n'est pas bien faite.

4. Les verbes existentiels

Ici, l'entité qualifiée est conditionnée par les verbes existentiels, comprenant les verbes « *qui indiquent la manifestation des choses, au début, dans leur développement et dans leur fin, ainsi que les altérations temporelles qui peuvent se présenter (un temps)* » (Ferrari ; Gallardo, 2006). Dans le (Tableau 28), le verbe existentiel infère l'entité qualifiée « des gens » et le substantif indique un jugement

de valeur « deviennent désintéressés ». Dans le (Tableau 29), le verbe existentiel infère le jugement de valeur au travers du quantificateur « beaucoup ».

Tableau 28 : Modalités de qualification; les verbes existentiels					
Situation	L'agent qualificateur	Le verbe existentiel	L'entité qualifiée	Le jugement de valeur	La restriction
26	Dirigeant	Il y a	des gens	qui deviennent désintéressés	vers le nouveau processus

Tableau 29 : Modalités de qualification; les verbes existentiels				
Situation	L'agent qualificateur	Le verbe existentiel	Le jugement de valeur	L'entité qualifiée
26	Dirigeant	Il y a	Beaucoup	de doutes de notre part

5. Les verbes d'obligation

Dans ce cas, l'entité qualifiée est conditionnée par les verbes d'obligation. Ils comprennent les verbes ayant des rapports avec le sens d'obligation. En même temps, ils peuvent se manifester comme des catégories des jugements des valeurs. Ils peuvent aussi étiqueter une forme positive ou négative : falloir, devoir, il est nécessaire.

L'obligation « il faut » engendre le fait que l'action qualifiée soit positive ou négative : il faut appliquer les procédés, il faut apprendre à optimiser. L'obligation se présente dans tous les cas comme impersonnelle. L'énonciateur est anonyme. (Tableau 30)

Tableau 30 : Modalités de qualification; les verbes d'obligation						
Situation	L'agent qualificateur	Verbe d'obligation	Le verbe	Le jugement de valeur	L'entité qualifiée	La restriction
2.0	Dirigeant	il faut	détacher	l'apport important	des bénévoles	à notre activité
7.0	Dirigeant	Il faut		sanctionner	les employés	qui achètent des produits à l'intérieur de l'hôpital
9.0	Chef de Pédiatrie	Il faut	appliquer	les procédés	qui sont validés	par le Ministère
10	Chef de Pédiatrie	Il faut	aider		la direction de l'hôpital	Parce que l'hôpital progresse par crise
12	Chef de Service Contrôle M.	Il faut	apprendre	à optimiser	nos ressources	pour augmenter notre productivité

En ce cas, le verbe d'obligation « devoir » établit la relation entre l'entité qualifiée et un deuxième verbe qui donne une qualité à l'entité qualifiée dans le contexte d'une restriction donnée. (Tableau 31)

Tableau 31 : Modalités de qualification; les verbes d'obligation					
Situation	L'agent qualificateur	L'entité qualifiée	Le verbe d'obligation	Le verbe	La restriction
5.0	Chef d'Urgence	l'équipe de soins	doit	être dirigé	par le médecin
20	Dirigeant	la confection du budget	doit être	très fondée	puisque le Directeur Régional, pourrait manifester des objections
22	Dirigeant	la gestion de lits	devrait	être	sous la sous –direction médical

S'il est ainsi, le verbe d'obligation « devoir » fait le lien entre l'entité qualifiée et un deuxième verbe qui infère le jugement de valeur. (Tableau 32).

Tableau 32 : Modalités de qualification; les verbes d'obligation					
Situation	L'agent qualificateur	L'entité qualifiée	Le verbe d'obligation	Le verbe	Le jugement de valeur
19	Chef de Pédiatrie	nous	devons	nous préoccuper	de faire les choses avec beaucoup d'attention.
27	Chef de Pédiatrie	l'hôpital de « C »	devrait	être	de haute complexité
27	Chef de Pédiatrie	nous	devons	faire en sorte	de programmer comme pour un vrai hôpital de haute complexité

Dans ce cas, l'obligation « il est nécessaire » et le verbe de mesure se présentent également comme un jugement de valeur sur deux entités qualifiées. (Tableau 33, 34, 35 et 36).

Tableau 33 : Modalités de qualification; les verbes d'obligation						
Situation	L'agent qualificateur	Le verbe d'obligation	Le verbe de mesure	L'entité qualifiée	L'entité qualifiée	Le jugement de valeur
10	Chef de Pédiatrie	il est nécessaire	d'augmenter	le personnel	de l'UCI	Parce qu'elle ne fonctionne pas bien

Tableau 34 : Modalités de qualification; les verbes d'obligation						
Situation	L'agent qualificateur	L'entité qualifiée	Le verbe relationnel	Le jugement de valeur	La restriction	Le verbe d'obligation
16	Chef d'Anatomie Pathologique	les bonnes intentions de ce système	sont	intéressantes	mais au même temps, avec un tel système, il me semble	qu'il faut se protéger

Tableau 35 : Modalités de qualification; les verbes d'obligation						
Situation	L'agent qualificateur	L'entité qualifiée	Le verbe relationnel	Le jugement de valeur	L'entité qualifiée	Le verbe d'obligation
28	Chef de Chirurgie	tu	favorises	une grave erreur	il	ne faut jamais le faire encore.

Tableau 36 : Modalités de qualification; les verbes d'obligation					
Situation	L'agent qualificateur	L'entité qualifiée	Connecteur	Le verbe d'obligation	La restriction
15	Dirigeant	Nous ne pouvons pas être d'accord	Mais	Il faut savoir	que nous appartenons au service public
15	Dirigeant	La Direction Régionale nous donne des directrices	et par conséquent	nous devons	les accomplir en concordance avec notre réalité locale.
15	Dirigeant	La structure organisationnelle que nous avons fait.	nous pouvons la questionner, mais	nous ne devons pas	la détruire
18	Le Chef de Médecine	Nous n'allons pas approuver le contrôle de l'infection hospitalière	et par conséquent	Il faut savoir	que la responsabilité tombe sur la direction de l'hôpital
19	Chef de Pédiatrie	C'est l'hôpital qui devra les payer et pas la Direction Régionale de Santé	et par conséquent	nous devons	nous préoccuper de faire les choses avec beaucoup d'attention.

V. Analyse de la fonction de la qualification

Le dirigeant, en tant que représentant de l'organisation, est un canalisateur de l'environnement professionnel. À travers l'acte de qualification, il propose des formes pour regarder cet environnement et l'action même en aidant la négociation du sens par des cadres interprétatifs qu'il propose à ses destinataires (ses collaborateurs).

1. Quand la fonction dominant est en rapport avec un enjeu de réduction de l'incertitude

L'action de qualification incorpore un forte composante évaluative qui peut s'apprécier dans l'acte de qualification comme des expressions «du savoir», «de croire», «d'imaginer». Il s'agit de manifestations d'énoncés qui s'expriment dans le domaine du certain et de la mise en relation des objets à l'hôpital. Pour réduire l'incertitude la qualification, cela prend la modalité de la problématisation. (Tableau 37 et 38).

Tableau 37 : Fonction : réduction de l'incertitude / problématisation				
Situation	Le Sujet Énonciateur	Objet Qualifié	Action / dans le domaine du certain	Jugement de Valeur
1	le collaborateur (Nous)	les critères de la direction régionale de santé	la répartition des ressources	sont discrétionnaires
8	le chef de service (Il)	la taux de mortalité « sepsis	s'est incrémenté	graduellement
10	le chef de service (Nous)	la direction régional	est	un grand problème
13	le chef de service (Il)	le directeur de l'hôpital	Il n'y a pas eu	pour créer le centre de responsabilité
14	le chef de service (Il)	la commission de d'accréditation	ont	des différents critères
14	le chef de service (Je)	des instances pour effectuer nos propres révisions	crois	que le plus important
17	le chef de service (Je)	le système de santé	le pouvoir s'approche	de plus en plus à celui qui a le droit
17	le chef de service (Il)	cette Loi (négligence médicale)	est	quelque chose de nouveau, parce que nous sommes habitués au paternalisme
25	le directeur de l'hôpital (Nous)	des infections intra hospitalière	beaucoup à faire	pour le contrôle
26	le directeur de l'hôpital (Nous)	le centre de responsabilité	la mise en place	n'est pas claire

Tableau 38 : Fonction: réduction de l'incertitude / problématisation				
Situation	Le Sujet Énonciateur	Objet Qualifié	Action / mise en relations des objets.	Jugement de Valeur
12	le directeur (II)	l'autogestion	est un changement	drastique
19	le chef de service (II)	cette Loi (négligence médicale)	tout qui ce n'est pas fait correctement	va déséquilibrer le budget de l'hôpital
21	le directeur de l'hôpital (II)	les résultats de l'accréditation des processus de contrôle des I.IH	sont	très mauvais
24	le chef de service (II)	avec l'infrastructure de l'hôpital	il sera impossible	de s'acquitter de ces règles de qualité
24	le directeur de l'hôpital (II)	« la judiciarisation de la médecine »	a eu	une influence sur le travail du médecin
25	le directeur de l'hôpital (II)	Mme « x » Technologue Médical.	a de compétence et techniquement la plus préparée	pour occuper le poste du chef du service de stérilisation.

Ainsi, nous pouvons dire que l'action de qualification du dirigeant est plus fréquente en situation d'incertitude, parce qu'en situation d'incertitude, même en crise au sein de l'hôpital, le modèle et les conventions qui régissent les transactions sont plus vulnérables à la remise en cause et à la déviation.

On observe deux types de situation où l'activité de qualification est présente :

Situation 1 :

La situation initiale se manifeste comme une situation problématique ou conflictuelle, et c'est à travers l'acte de qualification que la tension peut disparaître en la finalisant en situation non problématique et cela même, si elle peut rester conflictuelle.

Schéma 2 : Problématisation 1		
Situation Initiale	Acte de Qualification	Situation Finale
Problématique – conflictuelle	1) Disparition de la tension	Non problématique
	2) Garder le conflit	Problématique – conflictuelle

Par exemple, dans la Grille d'Analyse 1 et 2 nous pouvons préciser cette conduite.

Application Schéma 2 : Grille 1		
Situation Initiale	Acte de Qualification	Situation Finale
<p>Problématique conflictuelle</p> <p>Nous avons l'Unité de Soins Intensifs, elle est totalement terminée et sans personnel.</p>	<p>2) Garder le conflit</p> <p>Les critères de la Direction Régionale de Santé sont discrétionnaires dans la répartition des ressources.</p>	<p>Problématique conflictuelle</p>

Application Schéma 2 : Grille 2 :		
Situation Initiale	Acte de Qualification	Situation Finale
<p>Problématique conflictuelle</p> <p>Nous avons en attente quelques dossiers, sans doute, nous allons résoudre ce problème des lits TIM (Traitement Intensif Intermédiaire).</p>	<p>1) Disparition de la tension</p> <p>Nous appellerons rapidement à un concours de ces postes de travail, de médecins, d'infirmières, auxiliaires, ect</p>	<p>Non problématique</p>

Situation 2 :

La situation initiale se manifeste comme non problématique, mais à travers l'acte de qualification s'introduit la tension ou le conflit. Ainsi, l'acte de qualification peut finir avec le maintien du conflit ou il peut aider à sa disparition.

Schéma 3 : Problématisation 2			
Situation Initiale	Acte de Qualification		Situation Finale
Non problématique	Tension introduite	1) Disparition de conflit	Non problématique
		2) Garder le conflit	Problématique – conflictuelle

Par exemple, dans les Grilles d'Analyse 3 et 4 nous pouvons préciser cette conduite.

Application Schéma 3 : Grille 3			
Situation Initiale	Acte de Qualification		Situation Finale
<p>Non problématique :</p> <p>La création de la Sous-direction d'infirmière.</p>	<p>Tension introduite</p> <p>L'infirmière fait partie de l'équipe de soins et l'équipe de soins doit être dirigée par le médecin.</p>	<p>1) Disparition du conflit</p> <p>Ce qui me semble logique c'est anticiper la coordination, c'est-à-dire, coordonner tous les aspects techniques propres d'infirmierie pour qu'ils soient uniformes dans tout l'hôpital et non que chacun des services cliniques ait un point de vue technique différent</p>	<p>Non problématique</p> <p>La création de la Sous-direction d'infirmière se fait, mais avec un regard très précis.</p>

Application Schéma 3 : Grille 4			
Situation Initiale	Acte de Qualification		Situation Finale
<p>No problématique :</p> <p>L'hôpital doit faire face à un nouveau processus d'accréditation</p>	<p>Tension introduite</p> <p>À mon avis nous n'allons pas approuver le contrôle de l'infection hospitalière</p>	<p>2) Garder le conflit :</p> <p>En conséquent, il faut savoir que la responsabilité tombe sur la direction de l'hôpital et cela doit rester très clair du point de vue légal..</p>	<p>Problématique conflictuelle</p>

2. Quand la fonction dominante est en rapport en enjeu de préservation d'image : de l'organisation et de soi

L'action de qualification incorpore une composante prescriptive dans le domaine de l'obligation qui peut s'apprécier dans l'acte de qualification comme des expressions : «il faut», «devoir». (Tableau 39 et 40)

Dans l'acte de qualification, l'énonciateur (il, nous, je) ne se présente pas seul. Il a normalement quelqu'un à côté de lui, « le sujet adjuvant ». Le sujet adjuvant qui s'exprime comme une tierce personne (il, ils), en situation parlée pour l'énonciateur et en outre, il l'appuie. Dans le premier cas, l'énonciateur a recours au sujet adjuvant comme une façon de prendre de la distance avec l'objet de qualification. Donc, c'est l'institution qui normalement qualifie et non pas lui ; il s'agit du ministère, du Service Public. Dans le deuxième cas, l'énonciateur appelle le sujet adjuvant comme une ostentation de l'acte de qualification face à autrui et comme une façon d'accompagner l'interprétation qu'il a faite. (Il y a d'autres personnes qui interprètent comme moi)

À notre avis, les deux cas révèlent deux modalités de qualification : légitimer des conduites de travail et préserver l'image de l'hôpital.

Tableau 39 : Fonction : préserver l'image; de l'hôpital et de soi					
Situation	Le sujet Énonciateur	Le Sujet Adjuvant	Objet Qualifié	Action dans le Domaine de l'Obligation	Jugement de Valeur
7	le directeur de l'hôpital (Il)	l'avocat	le commerce de produit à l'hôpital	il faut	sanctionner les employés
9	le chef de service (Il)	le Ministère (il)	les procédés de « Sepsis »	il faut appliquer	qui sont validés
10	le chef de service (Nous)	la direction de l'hôpital (il)	l'UCI (soins intensive)	il faut aider	ne fonctionne pas bien
19	le chef de Service (Nous)	le ministère (il)	le loi (négligence médical)	nous devons nous préoccuper de faire les choses.	avec beaucoup d'attention

Tableau 40 : Fonction : préserver l'image; légitimer des conduit de travail					
Grille	Le Sujet Énonciateur	Le Sujet Adjuvant	Objet Qualifié	Action dans le Domaine de l'Obligation	Jugement de Valeur
02	le directeur de l'hôpital (Il)	le directeur régional de santé	l'action des bénévoles	font	un grand apport à l'hôpital
15	le directeur de l'hôpital (Nous)	le service public (il)	des directrices de la direction régionale	Il faut savoir devons	accomplir en concordance
20	le directeur de l'hôpital (Il)	le ministère (il)	le directeur régional de santé est le représentant du Ministre	c'est une bonne raison	pour que la réalisation du budget doit être très fondée
27	le chef de service (Je)	la direction de l'hôpital (il)	le nouveau projet de l'hôpital	il faut incorporer	les ressources conformément à la catégorie d'hôpital
27	le chef de service (Il)	la direction de l'hôpital (il)	l'hôpital de la ville	devrait être	haute complexité, mais dans la pratique il n'est pas

3. Quand la fonction dominante est en rapport avec un enjeu de pouvoir

Les activités de qualification sont associées à des enjeux de pouvoir inhérents à la complexité d'un hôpital. Les actes de qualification sont normalement orientés vers l'imposition de rapports de pouvoir et pour façonner les interactions sociales à l'intérieur de l'hôpital. Ceci, selon des schémas prévisibles et non négociables en montrant leur compatibilité avec les idées partagées. Par exemple, la place qu'a le médecin et la place qu'a l'infirmière ou le sens donné aux lits à l'hôpital et en montrant en quoi il sert l'intérêt général. (Tableau 41,42 et 43).

Ce type d'acte de qualification suit une démarche où l'énonciateur a un sujet adjuvant (singulier ou pluriel) qui l'accompagne dans cette lutte et les deux regardent le destinataire comme leur adversaire. À notre avis, les intentions stratégiques de cette qualification sont au nombre de trois modalités : délimitation d'espace d'action, lutte de conservation du pouvoir, protection entre collègues.

Tableau 41 : Fonction : enjeu de pouvoir; délimitation d'espace d'action				
Situation	Le sujet Énonciateur	Objet Qualifié	Action / dans le Domaine du Certain	Jugement de Valeur
3	le directeur régional de santé (Il)	les ressources	n'ont pas été considérées	à temps dans la formulation du projet
5	le chef de service (Elle)	l'infirmière	fait partie	de l'équipe de soins
11	le chef de service (Il)	la structure organisationnelle	n'est pas	bien faite
18	le chef de service (Je)	le contrôle de l'infection hospitalière	nous n'allons pas approuver	la responsabilité tombe sur la direction de l'hôpital
20	le directeur de l'hôpital (Il)	le directeur régional de santé	est	le représentant du Ministre,

Tableau 42 : Fonction : enjeu de pouvoir; lutte de conservation du pouvoir				
Situation	Le Sujet Énonciateur	Le Sujet Adjuvants	Objet Qualifié	Jugement de Valeur
4	le directeur de l'hôpital (Il)	les autres hôpitaux (ils) les médecins (ils)	la sous- direction d'infirmierie	ne fonctionne pas bien
5	le directeur de l'hôpital (Il)	les médecins (ils)	la fonction de l'infirmierie	fait partie de l'équipe de soins
6	le chef de pédiatrie	les médecins (ils)	si la sous- direction d'infirmierie est créée	tout va se compliquer
8	le chef de service (Il)	les autres hôpitaux, le ministère (ils)	la diminution du taux de mortalité par « sepsis »	n'ont pas dépensé plus d'argent, Ils se sont organisés
22	Le directeur de l'hôpital (Nous)	les médecins (ils)	la gestion devrait être sous la sous – direction médicale	pour des raisons professionnelles
22	le directeur de l'hôpital (Il)	les médecins (ils)	la dépendance de la gestion des lits	c'est quelque chose que je ne comprends pas
23	le chef d'infirmière (Je)	l'unité de gestion des lits	me semble	très logique dans l'organigramme

Tableau 43 : Fonction : enjeu de pouvoir; protection entre collègues				
Situation	Le Sujet Énonciateur	Le Sujet Adjuvants	Objet Qualifié	Jugement de Valeur
16	le chef de service (Je)	les professionnels de la santé (vous)	la loi sur la négligence médicale	vont payer, avant que la grève se produise
28	le chef de service (Je)	le département de personnel (ils)	tu favorises une grave erreur	il ne faut jamais le faire

CHAPITRE 5: INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

INTRODUCTION

Sur la base des résultats de l'analyse de données, dans ce chapitre nous développons l'interprétation du résultat. Nous l'exposons de deux façons :

La première, sur la base des résultats de l'analyse des données des actes de qualification que nous ayons faits dans les réunions.

La deuxième, sur la base de la mise en lien des résultats avec d'autres données. Ces dernières sont obtenues dans les entretiens que nous avons faits au près du Dirigeant et du Chef de Service avant de participer aux réunions, en tant que chercheur.

D'abord, nous nous centrerons dans la construction des places dans les activités de qualification : objet de la qualification, l'émergence de l'acte de qualification et les fonctions sociales dominantes de l'activité de qualification. Il s'agit des fonctions dominantes qui sont en rapport avec : l'enjeu du pouvoir, la réduction de l'incertitude et la préservation de l'image de l'organisation.

Ensuite, nous essayerons d'établir des liens entre le contexte social et le contexte discursif de la qualification et de l'analyse de la fonction de la qualification.

Après, nous établirons des liens entre les modalités discursives de la qualification et l'analyse de la fonction de la qualification.

Finalement, sur la base de la mise en lien des résultats avec d'autres données des actes de qualification, nous présenterons : l'interprétation et la qualification «d'information», pour soi et les constructions collectives et jeu d'alliance pour une culture commune.

I. La qualification en réunion

1. La construction des places dans les activités de qualification

Pour bien comprendre le contexte social de la qualification, il convient de mettre en évidence la place de l'agent qui qualifie, l'adresse de la qualification, et la relation sociale dans laquelle se fait la qualification.

Deux propriétés sont à relever :

- Un premier élément est en lien avec l'identité sociale des acteurs : leur poste de travail et leur genre professionnel

- Un second est en lien avec l'identité discursive des acteurs dans l'acte de qualification : l'énonciateur, du point de vue de la production discursive, le destinataire du point de vue de la réception, sans relation d'indépendance dans l'acte de qualification. (Benveniste, 1966).

a) Ainsi, si nous pensons que le sujet destinataire de l'acte de qualification est construit par l'énonciateur. Alors, ce sujet est construit sur la base d'une stratégie en rapport avec l'affect que l'énonciateur cherche à produire chez le destinataire.

Trois modalités concernant le binôme «énonciateur/destinataire» sont à relever :

- La plus fréquente dans notre recherche est celle où l'énonciateur et le destinataire ont choisi un «mode neutre» de se présenter. Ils utilisent les pronoms «on, il, ils » : l'énonciateur se «cache». Il ne fait pas mention de ses engagements ou de ses préférences.

Exemples de verbatim (extraits de réunion) :

(1) *Les critères de la Direction Régionale de Santé sont discrétionnaires dans la répartition des ressources....*

(2) *Le pouvoir s'approche de plus en plus de celui qui a le droit...*

(3) *Il faut apprendre à optimiser nos ressources pour augmenter notre productivité...*

Si nous nous posons la question du point de vue de l'identité discursive : « qui a produit l'énoncé ? », la réponse est « on, il » ; l'énonciateur prend de la distance avec le destinataire, il n'y fait pas d'allusion explicite, l'énonciateur s'adresse à un destinataire pluriel (ils).

Nous observons également que le dirigeant en tant qu'énonciateur de l'acte de qualification se présente en invoquant plusieurs personnes de l'hôpital, c'est-à-dire, le « mode collectif » et utilise le « nous ».

Exemples de verbatim (extraits de réunion) :

(4) *Nous ne pouvons pas être d'accord mais Il faut savoir que nous appartenons au service public. La Direction régionale nous donne des directives et par conséquent, nous devons les accomplir en accord avec notre réalité locale...*

(5) *Nous avons beaucoup à faire pour le contrôle des infections intra hospitaliers...*

(6) *Nous devons nous préoccuper de faire les choses avec beaucoup d'attention...*

De façon moins fréquente, le dirigeant en tant qu'énonciateur se présente sur un « mode individuel ». Il est centré sur le « Je », et le destinataire peut être « Je, Tu ou Ils ».

Exemples de verbatim (extraits de réunion) :

(7) *Je crois que les bonnes intentions de ce système sont intéressantes, mais en même temps avec un tel système, il me semble qu'il faut se protéger....*

S'il est ainsi, l'énonciateur se présente comme quelqu'un qui est très engagé dans la situation qui est qualifiée. L'expression « Je », du point de vue de l'énonciateur, montre l'adhésion au discours institutionnel ou à l'activité qui est qualifiée. Or, du point de vue du destinataire, elle prend de la distance, le destinataire est plus fréquemment reconnu sous « Il » que « Tu/Vous ».

b) Le deuxième élément à souligner dans le contexte social de la qualification est en rapport avec le type de relation sociale et discursive dans laquelle se fait l'acte de qualification.

Si nous nous focalisons sur *l'identité sociale des acteurs* de la qualification, nous parlerons alors de relation symétrique et asymétrique. Nous pouvons faire l'hypothèse que les relations qui prévalent à l'hôpital entre le Directeur et les Chefs de Service ne sont pas établies par lignée hiérarchique, mais plutôt par la relation de collègues, de pairs, relative à leur qualité de médecins.

Si nous nous focalisons sur *l'identité discursive des acteurs* de l'acte de qualification, nous parlerons de la relation comme une partie de l'acte de qualification même, sur la base du type de relation que l'énonciateur voudra établir avec le destinataire (Watzlawick, 1972). Nous avons trouvé trois types de relation établie au moment de l'acte de qualification. À savoir : l'assertion, l'intimation, l'interrogation.

- **L'assertion** permet à l'énonciateur de présenter l'acte de qualification avec certitude et autorité. Il n'indique point que l'énoncé représente la vérité, mais, il s'offre avec un sentiment de connaissance sur ce qu'il est en train de se dire du fait de sa propre expérience et/ou de celle des autres. Il utilise alors des mots qui permettent de persuader l'énonciateur.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(8) *Le taux de mortalité « sepsis » s'est incrémenté graduellement à l'hôpital. Les hôpitaux qui ont diminué le taux de mortalité par « sepsis » n'ont pas dépensé plus d'argent, ils n'ont pas utilisé plus de personnel. Ils se sont organisés du point de vue de l'urgence pour faire face à de telles situations.*

- **L'intimation** permet d'interpeller le destinataire, en l'occurrence ses collaborateurs, avec l'intention que le destinataire (l'adresse) récepteur de l'acte de qualification sache à quoi s'en tenir. Il s'agit surtout d'un moyen de pression pour influencer la construction du sens d'autrui.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) : le dirigeant a dit :

(9) *Si la sous-direction d'infirmierie est créée tout va se compliquer, les responsabilités professionnelles ne sont pas bien définies. Qu'est-ce qui arrive si le sujet d'attention d'un patient passe au judiciaire ? De qui est-ce la responsabilité ?*

- **L'interrogation** permet de stimuler chez les autres l'esprit d'initiative et d'agir en conséquence avec ce que l'énonciateur a dit.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(10) *Est-ce que vous avez compris la dépendance de la gestion des lits ?... Pour moi, la dépendance de la gestion des lits, c'est quelque chose que je ne comprends pas.*

Enfin, nous pouvons conclure que le type de relation qui s'établit entre l'énonciateur – ici avec l'identité sociale de « Dirigeant » - et le destinataire – ici avec l'identité sociale de « Collaborateurs » - se fait sur la base de l'assertion, qui s'exprime dans un énoncé déclaratif – affirmatif ou négatif - mais avec certitude.

2. Objet de l'acte de qualification

Nous avons dit que l'objet qualifie le développement de l'environnement professionnel des salariés. Il peut se désagréger en trois catégories d'objet : les tâches prescrites par le Ministère, ce qui est à faire ; les activités opératoires des collaborateurs, ce qui est fait ; les activités opératoires qu'il faut faire à l'hôpital.

- Les tâches prescrites pour le Ministère, ce qui est à faire :

Ceux-ci sont tous les résultats attendus par le Ministère et d'autres institutions qui se chargent de la régulation de l'activité des hôpitaux. Il s'agit des normes de gestion, de coût, de qualité, de contrôle des activités de soin, etc. Ces prescriptions sont exprimées en termes de buts à atteindre dans une situation déterminée, mais ils ne manifestent pas le travail réel.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(11) « *L'autogestion est un changement drastique dans la gestion des hôpitaux. Il faut apprendre à optimiser nos ressources pour augmenter notre productivité, ce qui est obtenu en travaillant avec une vision commune..* ».

L'interprétation que le dirigeant fait de ses prescriptions pour agir sur ses collaborateurs, lui permet de développer son activité et sa propre expérience.

- Les activités opératoires des collaborateurs, ce qui est fait :

Les activités opératoires des collaborateurs sont comprises par les actions des professionnels de soins et d'administration. Pour les collaborateurs, l'expérience personnelle acquise en situation professionnelle devient connaissance et reconnaissance de ce que l'acteur de l'hôpital appelle «la réalité» des activités telles qu'elles se développent dans l'environnement.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(12) « *Les résultats de l'accréditation des processus de contrôle des I.I.H. sont très mauvais. La Sous-direction Médicale réunit les antécédents pour programmer une réunion et analyser l'évaluation de ce programme afin de travailler dans le planning de contingence que nous avons sollicité [...] la plus grande difficulté est le manque de supervision, probablement par la réduction de personnel, mais de toute façon il est réalisé... mais avec une attitude très passive et de peu de collaboration de la part des chefs de service* ».

La qualification du dirigeant a l'intention de remettre en cause l'agir de ses collaborateurs, en fonction des conduites désirables pour l'hôpital et des objectifs de l'hôpital. Le dirigeant parle en agissant sur l'activité d'autrui.

- **Les activités opératoires qu'il faut faire à l'hôpital :**

La dirigeant qualifie pour offrir des orientations sur ce qu'il faut faire pour accomplir les objectifs d'organisation à l'hôpital. Dans l'acte de qualification, «le dire» du dirigeant est correspondant au «le faire» du dirigeant.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(13) « Nous avons beaucoup à faire pour le contrôle des infections intra hospitalières [...] des infections. Nous avons demandé à Mme «... », de prendre le poste du service de stérilisation. Elle a des compétences que le poste requiert. Elle est Technologue Médical et elle est techniquement la plus préparée pour occuper le poste. J'espère que vous allez coopérer »

Nous sommes d'accord que toutes les évolutions nécessitent une coopération importante parmi les différents acteurs. En effet, au travers des activités de qualification, le dirigeant interprète et transforme l'environnement professionnel selon les scénarios qui lui sont favorables sur la base de l'utilisation du discours. Ainsi, le défi essentiel du dirigeant réside, au plan relationnel, dans le développement de l'activité à l'hôpital, et au plan cognitif, dans la construction de rationalités au travers desquelles les acteurs enrôlés dans le changement partagent une même interprétation de la réalité.

3. Emergence de l'acte de qualification

L'acte de qualification s'exprime verbalement en interaction avec autrui. Les énoncés s'expriment sous la forme de « proposition », ils sont potentiellement signifiants pour autrui, à travers une déclaration.

Ces sont des propositions (discursives) explicites de part de l'énonciateur. Ils portent de façon implicite des présuppositions pour autrui ; des cadres interprétatifs désirables ou souhaitables.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(14): *La sous- direction d'infirmières / ne fonctionne pas bien dans d'autres hôpitaux.*

Nous pouvons dire que « la proposition » faite par l'énonciateur (celui qui qualifie) est transformée en « présupposition » par le destinataire. Elle est comprise comme « une relation entre deux «propositions» ou énoncés » (Lischinky, 2008).

Selon Ducrot (1991) il est nécessaire de décrire « la présupposition » comme un acte « du dire ». C'est-à-dire, à partir de la théorie générale d'acte de langage, élaboré pour Austin (1962) et Searle (1980).

Cette actes sont caractérisés pour :

- décrire une action présente de l'énonciateur dans une interprétation littérale et,
- l'énonciation a pour fonction spécifique l'accomplissement de cette action.

Les éléments du contexte font partie de l'énoncé. (Ducrot, 1984). Nous pouvons dire que les présupposés implicites dans l'acte de qualification sont compris dans un contexte déterminé.

Ces présuppositions sont définies et comprises en fonction du contexte de l'acte de qualification. Elles sont inférées de la structure sémantique de l'énoncé, mais en fonction du contexte de l'acte de qualification même.

À travers l'énoncé de l'acte de qualification l'énonciateur manifeste un ensemble de requis qui devraient agir comme des cadres interprétatifs pour le destinataire (Bruner, 1991, 2002 ; Zeitler, 2006).

L'énonciateur présume que son destinataire a des recours : son expérience personnelle, des croyances, des histoires de vie, un système culturel partagé. Il s'agit de sa *mémoire collective* (Bruner, 1986, 1991, 2002) qui lui permet de donner du sens à son énoncé.

Nous avons indiqué que dans la construction de la place, l'énonciateur de l'acte de qualification construit son destinataire, celui qu'il aimerait influencer ; mais en même temps, il prend le risque que le *sujet destinataire* soit différent du *sujet interprétant*. Soit parce qu'ils ne comportent pas les mêmes systèmes de

croyances, soit parce qu'ils ont des expériences culturelles et individuelles différentes.

Par conséquent et puisque nous avons le contenu de l'énoncé et le contexte dans lequel il se réalise et que nous n'avons pas d'information sur *le sujet interprétant*, l'énonciateur est limité par l'imprévisibilité d'autrui (Grossetti, 2004). C'est en raison de l'imprévisibilité du comportement de ses collaborateurs, que le dirigeant doit qualifier l'environnement professionnel, pour construire une situation négociée, où chacun s'efforce de trouver un certain ordre légitime.

Nous avons suppose qui est *le sujet interprétant* qui finalement agit à partir de l'acte de qualification. Alors, nous pouvons dire que l'acte de qualification se compose des *propositions* explicites et des *présupposés potentiels ou désirables* implicites de la part du *sujet énonciateur*, celui qui qualifie, le dirigeant et les chefs de service.

Nous pouvons faire l'hypothèse que les sujets interprétants peuvent prendre l'acte de qualification comme un cadre interprétatif dans la mesure où il a la disposition de prendre ce cadre proposé. Donc, la question est de savoir pour quoi il peut accepter l'influence implicite de son interlocuteur à travers de l'acte de qualification ?

- Pour la place sociale qu'occupe l'énonciateur. Il établit une relation asymétrique entre dirigeant et collaborateurs. Le sujet interprétant peut inférer que l'autorité du posté octroyait un certain niveau de véracité à l'énoncé.
- Pour l'asymétrie d'information qu'il peut y avoir entre l'énonciateur et le destinataire. Si le destinataire n'a pas d'information sur l'environnement professionnel et parallèlement il a construit une représentation de l'identité de l'énonciateur, comme une personne de confiance. Donc, nous pouvons faire l'hypothèse que *le sujet interprétant* prendra l'acte de qualification

proposé. Nous sommes proches de la notion de lien affectif parental (Bruner, 1991).

- Pour la construction d'un cadre de coopération (Thévenot, 1990), sur la base de l'assertion, dans le contexte où se fait l'acte de qualification. Il s'agit d'une situation d'interaction, des réunions.
- Face à un acte de qualification qu'incorpore un jugement de valeur qui offre un présupposé. C'est l'interlocuteur et le sujet interprétant qui restent provoqués ou motivés à agir en conséquence ou à démentir la qualification.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

Dans le contexte d'une réunion de travail où on se discute de la mise en place de la sous-direction d'infirmières à l'hôpital.

Le directeur de l'hôpital dit :

Proposition (énoncé de l'acte de qualification) :

(14): *La sous- direction d'infirmières / ne fonctionne pas bien dans d'autres hôpitaux.*

Quels sont les présupposés implicites dans cet énoncé :

Si : *La sous- direction d'infirmières / ne fonctionne pas bien dans d'autres hôpitaux.*

Donc :

- Présupposé négatif : (14.1) : *La sous-direction d'infirmières / ne fonctionnera pas bien à l'hôpital de Curicó.*
- Présupposé interrogatoire : (14.2) : *Est-il possible que la sous-direction d'infirmières / fonctionne bien à l'hôpital de Curicó ?*

Dans l'acte de qualification, l'énonciateur offre des présupposés à son destinataire à partir desquels le destinataire, *le sujet interprétant*, fait des inférences.

Ces présupposés ne sont pas incorporés dans la signification des phrases ; ce sont des informations indirectes qui indiquent qu'il y a d'autres éléments sous-jacents à la structuré de la réalité. Ces éléments font partie du contexte de référence de l'acte de qualification et ils sont pris au moment où l'énonciateur interprète l'acte de qualification.

Ces présupposés se font à partir de la conception que tant l'énonciateur que le destinataire ont des espaces d'action et de la construction de la réalité que chacun a faite.

4. Les grandes fonctions sociales de l'activité de qualification

a) Une fonction dominante est en rapport avec l'enjeu de pouvoir.

Nous parlons d'une fonction dominante en rapport avec l'enjeu de pouvoir. Les activités de qualification sont associées à des enjeux de pouvoir inhérents à la complexité d'un hôpital. Normalement, les actes de qualification sont orientés vers des rapports de pouvoir sous-jacents à l'hôpital. C'est-à-dire, des *rapports de forces* (Mispelblom, 1999, 2006) qui structurent l'hôpital et son environnement. Les actes de qualification permettent de façonner les interactions sociales à l'intérieur de l'hôpital selon des schémas prévisibles et non négociables, en montrant leur compatibilité avec les idées partagées. Par exemple, la place du médecin et la place de l'infirmière ou encore le sens donné aux lits à l'hôpital et en montrant en quoi les schémas servent l'intérêt général.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(15) Est-ce que vous avez compris la dépendance de gestion des lits?...Pour moi, la dépendance de la gestion des lits, c'est quelque chose que je ne comprends pas dans la nouvelle structure de l'hôpital. Maintenant, je ne sais pas si elle est là pour des raisons pratiques ou professionnelles. Peut être pour des raisons pratiques, elle reste sous la responsabilité de la sous-direction de soins aux patients (dirigée par une infirmière), qu'est-ce vous en pensez ?...

mais nous croyons que la gestion des lits, pour des raisons professionnelles, devrait être sous la responsabilité de la sous-direction médicale. Parce que la gestion des lits est en relation avec la fonction des médecins. Par exemple, les médecins peuvent suspendre la sortie du patient ; ce sont également ceux qui décident de l'hospitalisation des patients ». (Extrait de réunion).

La fonction de la qualification dans ce cas est de donner un cadre interprétatif à autrui (les infirmières et les médecins) de l'ordre d'une présupposition « la responsabilité de l'unité de gestion des lits par la sous-direction de soins n'est pas bonne ». Autrement dit, dans cet exemple, le dirigeant recherche la préservation de l'espace de pouvoir du médecin face aux infirmières et en même temps il cherche la limitation de l'espace d'action « les lits sont une expression territoriale des médecins ».

b) Une fonction dominante est en rapport avec la réduction de l'incertitude.

Nous parlons de fonction dominante en rapport avec la réduction de l'incertitude. L'action de qualification incorpore une composante de certitude qui peut s'apprécier dans l'acte de qualification avec des expressions relevant du « savoir », du « croire ». Nous avons constaté que plus il y a un vécu d'incertitude, plus il y a des phénomènes de qualification.

Le dirigeant et ses collaborateurs sont face à des situations incertaines. C'est-à-dire, des situations ambiguës, confuses, contradictoires, etc. Nous pouvons dire que les situations incertaines sont « *des situations indéterminées* » (Dewey, 1993). Dans un contexte d'incertitude le dirigeant ne peut pas réussir à ce que ses collaborateurs agissent seulement en lien avec la force de la qualification qu'il a faite. D'abord, il est nécessaire que conjointement, le dirigeant et ses collaborateurs comprennent la réalité dans laquelle ils se trouvent.

À travers l'acte de qualification, le dirigeant met en question la situation indéterminée. C'est-à-dire, il problématise la situation pour construire tous ensemble une « *réalité déterminée* » (Dewey, 1993).

Le dirigeant fait face à des conflits, des crises, d'urgences administratives. Les réunions sont des instances pour trouver des accords. Chacun y défend sa position, avec ses différents procédés et sa technique, il y a des tensions de réaction, c'est-à-dire des émotions, mais ce sont toujours des négociations conversationnelles qui se manifestent avec l'intention d'arriver à un consensus (réel ou feint) permettant une construction collective.

Nous pouvons dire que le dirigeant qualifie abstraitement une partie de la réalité « la situation dans laquelle nous sommes » pour détacher et imposer des perspectives dans l'événement « la situation dans laquelle on agit », en insufflant des présupposés à autrui sur l'action la plus favorable.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(16) *Les mauvaises pratiques c'est l'hôpital qui devra les payer et pas la Direction Régionale de Santé. Par conséquent, nous devons nous préoccuper de faire les choses avec beaucoup d'attention ; nous devons commencer à remplir les fiches cliniques correctement, nous devons faire les consentements informés des patients...Tout ce qui n'est pas fait correctement va déséquilibrer le budget de l'hôpital. Si l'hôpital perd un procès, il devra payer et répondre avec son patrimoine, par exemple face à des choses négatives comme les négligences médicales.*

La qualification du dirigeant prolongé la problématisation de la situation incertaine, pour accomplir une fonction, cela de mettre en perspective une façon d'agir pour tout le personnel de l'hôpital.

c) Une fonction dominante est en rapport à avec la préservation de l'image de l'organisation et de soi.

Sans doute, l'image offerte par hôpital est importante pour le dirigeant. L'image constitue la projection sociale de l'organisation qu'il dirige et dont il est responsable. Cette notion d'image « *correspond, en réception, un concept d'image perçue ou reçue par quelqu'un qui d'une manière ou d'une autre s'est trouvé dans les champs des informations en question* » (Marion G., 1989). Nous sommes d'accord qu'il peut y avoir un décalage entre l'image désirable du dirigeant et l'image perçue de l'hôpital.

L'image de l'hôpital offerte à ses collaborateurs est l'image voulue par le dirigeant en cohérence avec l'image qu'il a de l'action de l'ensemble de l'hôpital où sa propre action est engagée. Car, l'image projetée par l'hôpital permet également au dirigeant de se reconnaître, c'est-à-dire, c'est son image qu'est mise en jeu. À savoir, que l'acte de qualification se manifeste comme un moyen de préservation de cette image et de légitimité des conduites de travail.

Cet acte de qualification est accompli à travers deux modalités. La première pendant la projection de l'image voulue de l'organisation, l'hôpital. La deuxième pendant la légitimité de l'organisation et des conduites de travail comprises comme des « *processus par lequel l'organisation justifie son droit d'exister par rapport à un tiers ou à un système supérieur* » (Maurer, 1971). Ces processus de légitimité, renvoient également le rapport au l'hôpital a avec le monde social et son environnement interne, c'est-à-dire, son rôle, l'image voulue du dirigeant, les décalages entre la tâche réelle et les tâches prescrites par le Ministère.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

- (17) « *Il faut sanctionner les employés qui achètent des produits à l'intérieur de l'hôpital. Je demande aux Chefs de Service leur collaboration, ce n'est pas un moindre sujet, en vérité, c'est une pratique très répandue et pas seulement des gens externes à l'hôpital, aussi des employés de l'hôpital. Un chef de service m'envoie une note où il m'indique qu'il a surpris*

une professionnelle de l'hôpital qui vendait des bijoux dans son bureau. Qu'est qui reste pour les professionnels à qui nous devons donner l'exemple quand nous nous comportons de telle façon ? ».

Pour conserver l'image de l'hôpital et de soi, le dirigeant à travers ces actes de qualification oriente ses collaborateurs sur les limites des leurs actions, des limites à ne pas dépasser par les travailleurs de l'hôpital.

Le dirigeant dit que l'image de l'hôpital est également une projection de soi. Le développement de l'action est aussi un miroir qui permet au dirigeant et aux chefs de service de se rencontrer.

Dans l'image des actions de travailleurs se projette l'image du chef de service. Dans l'image de l'hôpital se projeté l'image du Dirigeant.

5. Le lien entre le contexte social et discursif de la qualification et l'analyse de la fonction de la qualification

Le dirigeant en tant que représentant de l'organisation est un canalisateur du regard sur l'environnement professionnel. À travers l'acte de qualification il propose des façons de regarder cet environnement et l'action même en aidant à la négociation du sens par des cadres interprétatifs qu'il propose à ses destinataires (ses collaborateurs).

Le dirigeant en tant qu'énonciateur construit le destinataire de l'acte de qualification, comme nous l'avons déjà spécifié précédemment : *le sujet destinataire*.

Nous faisons l'hypothèse que *le sujet destinataire* décode l'énoncé, il fait des liens avec des situations différentes de celles de l'énonciateur, ce que le transforme en *le sujet interprétant*.

Si nous supposons qu'un des objectifs de l'activité de qualification est d'influencer l'engagement d'autrui, alors, comment est-il possible tout en supposent également que dans l'activité de qualification le *sujet destinataire* est différent du *sujet interprétant* ?.

Le contexte social et discursif de l'activité de qualification joue un rôle important pour accomplir le but du dirigeant au moment de qualifier, à savoir, la fonction de la qualification.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion : dirigeant- infirmière) :

L'infirmière demande au Chef de Chirurgie le traitement pour un patient parce que le médecin traumatologue n'est pas venu.

Le chef de Chirurgie agit de la façon suivante :

(18) « *Là tu favorises une grave erreur, il ne faut jamais le faire à nouveau. Tu appelles le docteur (traumatologue) et tu lui dis ce qui s'est passé ici. Tu vas au département du personnel pour demander son numéro de téléphone* ».

Le contexte social de l'activité de qualification est déterminé par : l'identité sociale et discursive de celui qui qualifie, le dirigeant (Chef de Chirurgie, «il») et l'identité sociale et discursive de l'adresse (l'infirmière, «tu») et le rapport des acteurs à ce moment où se produit l'activité de qualification (asymétrique).

Il y a une fonction dominante en rapport avec l'enjeu du pouvoir et la protection entre collègues.

La fonction de l'activité de qualification est sans doute d'agir sur l'engagement de l'infirmière, sur la base du rapport du pouvoir asymétrique qui est établi entre eux, (médecin et infirmière) et sur la force de l'adresse discursive : « *tu favorises une grave erreur* »

Par ailleurs, le Chef de Chirurgie voudrait agir sur les médecins qui mettent en place des procédés informels et incorrects dans l'accueil aux patients. Mais, comment agir lien avec les objectifs de l'hôpital et sans déranger sa relation avec ses collègues ?

Le Chef de Chirurgie profite de sa relation asymétrique avec l'infirmière et lui demande : « *Tu vas au département de personnel pour demander son numéro de téléphone* ». Cette instruction est une façon indirecte d'informer au Département du Personnel que son collègue (médecin) n'est pas venu au travail (hôpital). À

notre avis, nous sommes proches de la notion de « *surdestinataire* » (Bajtin, 1984), pour désigner une troisième personne virtuellement présente et qui se superpose au destinataire.

Le Chef de Chirurgie, accomplit son objectif en protégeant sa relation avec son collègue (médecin traumatologue). C'est en effet le « tu » de l'infirmière qui l'a dénoncé. Ce n'est pas le « je » du Chef de Chirurgie.

Nous pouvons dire qu'à travers la compréhension du contexte social et discursif, le sujet interprétant peut agir en liens des désirs de l'énonciateur, celui qui qualifie, c'est-à-dire que la fonction de la qualification s'accomplit au fur et à mesure que l'énonciateur et le destinataire partagent un contexte social et discursif. Nous sommes proches du concept de « *mémoire collective* » (Bruner, 1986)

Nous pouvons dire que le lien qui existe entre *le sujet énonciateur* et *le sujet interprétant* de l'acte de qualification est le contexte social et discursif de l'activité de qualification même.

6. Le lien entre les modalités discursives de la qualification et l'analyse de la fonction de la qualification

Quant aux modalités discursives de l'activité de qualification, nous les comprenons selon les types de verbes que le Dirigeant utilise dans les énoncés. Ces verbes contribuent à comprendre dans un contexte déterminé l'objectif (fonction de la qualification) du sujet qui qualifie par rapport:

- Au contenu propositionnel de l'énoncé de l'acte de qualification.
- Au jugement de valeur qu'ils peuvent représenter dans l'énoncé.

Le verbe relationnel (être), les verbes de processus matériel (faire, fonctionner), les verbes d'obligation (falloir, devoir) et les verbes du processus mental (croire, savoir) contribuent à inférer le contexte et l'attitude de l'énonciateur par rapport au contenu propositionnel de l'énoncé.

Les verbes de mesure (augmenter, incrémenter, diminuer, approcher) et le verbe existentiel (avoir) se manifestent comme des jugements de valeur des actions ou des situations dans l'énoncé.

7. Lien entre la modalité discursive et la fonction dominante en rapport avec l'enjeu du pouvoir

Enfin, nous faisons l'hypothèse que la qualification de l'environnement professionnel ou des situations a une fonction dominante en rapport avec l'enjeu du pouvoir. Le pouvoir est compris comme les rapports de force qui existent à l'hôpital en lien avec l'environnement. Cette fonction s'accomplit à travers trois modalités : la limitation d'espace d'action, la lutte de conservation du pouvoir et la protection entre collègues. (Tableau 44)

Tableau 44. Liens entre les modalités et la fonction de la qualification		
Modalité de Qualification	Types de verbes	Fonction dominante de la qualification
La limitation d'espace d'action.	Être	En rapport avec l'enjeu de pouvoir.
La lutte de conservation du pouvoir.	être, avoir, fonctionner.	
La protection entre collègues.	être, falloir.	

- La limitation d'espace d'action.

Par ailleurs, pendant la qualification, celui qui qualifie, délimite l'espace d'action de soi, d'autrui et de l'organisation, l'hôpital, comme une instance permettant d'établir les périmètres d'action de chacun, c'est-à-dire, la démarcation du territoire.

Pour délimiter l'espace d'action, l'énoncé de l'acte de qualification incorpore le verbe relationnel (être). Au travers du verbe être se font des liens entre un état (des personnes, des choses ou des situations) et ses caractéristiques.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(19) « *Le Directeur Régional de Santé est le représentant du Ministre* »

Dans l'énoncé le verbe être permet de qualifier celui qui est « *le Directeur Régional de Santé* », en attribuant l'attribut du « *la représentant du Ministre* », mais aussi s'établit son espace d'action c'est « *le représentant du Ministre* ».

- La lutte de conservation du pouvoir

Le dirigeant et les chefs de service de l'hôpital dans ce rôle du médecin utilisent la modalité de conservation du pouvoir pour qualifier l'environnement professionnel. Cette modalité est mise en place par les médecins afin de protéger les intérêts du groupe (les médecins) face à d'autres professionnels, tels que les infirmières.

Sur la base de la prescription du Ministère, les infirmières construisent leur place au sein de l'activité hospitalière sans subordinations à d'autres professionnels de l'hôpital mais en lien cependant à la complémentarité et l'indépendance d'action. Cette construction de place est comprise par les médecins comme une instance de conquête du pouvoir.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(20) « *L'infirmière fait partie de l'équipe de soins et l'équipe de soins doit être dirigée par le médecin..* »

(21) « *La sous-direction d'infirmierie ne fonctionne pas bien dans d'autres hôpitaux..* »

Le dirigeant dans l'énoncé de l'acte de qualification utilise le verbe « faire » pour attribué de caractéristique ou sujet « *l'infirmière* » / « *partie de l'équipe de soins* » / « *l'équipe de soins doit être dirigé par le médecin* ». Pour le dirigeant l'infirmière devrait rester attachée à l'équipe et également la direction des équipes prolonge pour le médecine.

Le dirigeant dans l'énoncé de l'acte de qualification utilise les verbes de processus matériel (avoir, fonctionner) pour proposer à ses collaborateurs des présuppositions où il peut influencer la décision de changement de rapport de forces entre médecin et infirmières, dans le discours.

- La protection entre collègues

Dans les hôpitaux, la conformation des groupes est caractérisée par avec des liens affectifs forts et également le développement des sentiments d'engagement entre eux.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(22) « Pour moi les bonnes intentions de ce système **sont** intéressantes, mais en même temps avec un tel système, il me semble **qu'il faut se protéger**.... A mon avis les premiers professionnels de la santé **vont payer**, avant que la grève ne se produise et tout le monde s'arrêtera ».

Ces caractéristiques propres des groupes hospitaliers imposent des contraintes au dirigeant au moment de qualifier. D'une part, il est obligé d'agir en liens avec les objectif de l'hôpital et d'autre part, il doit protéger ses collègues.

8. Lien entre la modalité discursive et la fonction dominante en rapport avec la réduction de l'incertitude

Nous faisons l'hypothèse que la qualification de l'environnement professionnel ou des situations permet de réduire l'incertitude à laquelle font face le dirigeant et son équipe. Cette réduction d'incertitude se fait à travers deux modalités : la problématisation des situations et la délimitation d'espace d'action. (Tableau 45)

Tableau 45. Liens entre les modalités de qualification et la fonction		
Modalité de Qualification	Types de verbes	Fonction dominant de la qualification
La problématisation des situations.	incrémenter, diminuer, approcher, faire, avoir, croire, savoir	En rapport avec la réduction de l'incertitude.

- **La problématisation des situations :**

D'ailleurs, pendant la qualification, celui qui qualifie incite à la problématisation des situations à travers la mise en relation des objets ou des sujets. Cette relation permet d'établir des connexions entre des objets ou des sujets qui appartiennent à des différents contextes. Le dirigeant qui qualifie crée des correspondances pour problématiser la situation et appeler son interlocuteur et destinataire à réagir.

À travers des verbes de mesure s'expriment les jugements de valeur envers la situation. Les expressions verbales «*s'est incrémenté*», «*s'approche*» proposent un jugement de valeur au destinataire.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(23) « *La taux de mortalité «sepsis» s'est **incrémenté** graduellement à l'hôpital. Les hôpitaux qui ont **diminué** le taux de mortalité par « sepsis » n'ont pas dépensé plus d'argent, ils n'ont pas employé plus personnel ».*

(24) « *Je **crois** que ce qui se passe ici consiste en ce que le pouvoir **s'approche** de plus en plus à celui qu'a le droit... ».*

Également, avec les verbes de mesure se font des liens entre sujet / objet : «*Le taux de mortalité sepsis*» et «*l'hôpital*» - «*le pouvoir*» et «*celui qui a le droit*».

À travers le verbe de processus matériel (faire), nous pouvons comprendre qu'une entité «*Les bénévoles*» commence une action et cette action agit sur une autre entité, «*l'hôpital*».

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(25) « *Les bénévoles **font** un grand apport à l'hôpital, Il faut souligner l'important apport des bénévoles à notre activité ».*

Également, pendant les verbes de mesure se fait le lien entre sujet / objet : «*Les bénévoles*» et «*l'hôpital*».

À travers le verbe existentiel (avoir), se fait le lien entre sujet / objet «*l'infrastructure*» et «*s'acquitter de ces règles de qualité*».

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(26) « Il n'y **a** pas de doute qu'avec l'infrastructure que nous **avons** il sera impossible de s'acquitter de ces règles de qualité ».

À travers les verbes des processus mentaux (croire, savoir), le sujet qui qualifie fait référence à son expérience, c'est-à-dire, des perceptions et la connaissance qu'il a construites.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(27) « Je **crois** que le plus important est d'avoir des instances pour effectuer nos propres révisions de ce que nous avons fait.. ».

Cet énoncé n'a pas seulement un objectif d'influencer la construction du sens d'autrui. C'est également une instance discursive en direction de soi qui permet de développer sa propre expérience.

9. Lien entre la modalité discursive et la fonction dominante en rapport avec la préservation d'image de l'hôpital et de soi

Nous faisons l'hypothèse que la qualification de l'environnement professionnel ou des situations permettent de préserver l'image de l'hôpital. Cette préservation se fait à travers deux modalités : La projection de l'image voulue ou désirée de l'hôpital et la légitimité de la conduite du travail. (Tableau 46)

Tableau 46. Liens entre les modalités de qualification et la fonction		
Modalité de Qualification	Types de verbes	Fonction dominant de la qualification
La préservation de l'image de l'hôpital.	falloir, devoir	En rapport à la préservation d'image.
La légitimité du conduit de travail.	falloir, devoir	

- **La projection de l'image voulue de l'hôpital.**

Nous avons déjà mentionné que l'image projetée par l'hôpital permet également au dirigeant de se reconnaître, c'est-à-dire, c'est son image qui est mise en jeu. À savoir, que l'acte de qualification se manifeste comme un moyen de préservation de cette image.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(28) « Il **faut** sanctionner les employés qui achètent des produits à l'intérieur de l'hôpital.. »

(29) « Les mauvaises pratiques c'est l'hôpital qui **devra** les payer et pas la Direction Régionale de Santé. Par conséquent, nous **devons** nous préoccuper de faire les choses avec beaucoup d'attention, nous **devons** commencer à remplir les fiches cliniques correctement, nous **devons** faire les consentements informés (autorisation) des patients... ».

La qualification des actions comme « *impropres* », « *mauvaises* », indique que pour le dirigeant cela affecte non seulement le résultat de l'hôpital, mais aussi, elles déséquilibrent l'image de l'hôpital que l'ensemble des travailleurs de l'hôpital ont construite.

Pour préserver l'image de l'hôpital, le dirigeant projette à ses collaborateurs l'image qu'il a de l'organisation. Cette image permet au dirigeant d'établir la délimitation de périmètres d'intervention et de développement de chacun, en incorporant dans l'énoncé des verbes d'obligation (falloir, devoir).

- **La légitimité de la conduite de travail.**

Les travailleurs d'un hôpital agissent dans un champ social déterminé, ils sont responsables du soin physique, mental et social d'un secteur géographique limité. Donc, ils ont besoin de la légitimité des conduites de travail comme une manière de justifier sa présence et ses actions dans l'espace public où ils s'accomplissent.

Le dirigeant à travers l'acte de qualification qualifie l'organisation par rapport à la définition prescriptive que donne le Ministère à l'hôpital.

Le Ministère attribue à l'hôpital la qualité de haute complexité, donc, cet hôpital devrait offrir des soins à la population en lien avec cette catégorie. Selon, Leplat (1997) « *tache prescrite, est définie comme le but à atteindre dans des conditions déterminées* », il ne montre pas la réalité du travail.

Exemples de verbatim (Extrait de réunion) :

(30) « *L'hôpital de la ville **devrait** être de haute complexité, mais dans la pratique il ne l'est pas. Les ressources que nous avons ne correspondent pas à cette catégorie* ».

(31) « *Par conséquent, dans le nouveau projet **il faut** incorporer les ressources conformément à la catégorie d'hôpital qui est construite* ».

Pour les travailleurs de l'hôpital, cette prescription du Ministère ne correspond pas à ce qu'ils ont devant de leurs yeux. Il s'est produit un décalage entre la façon dont ils agissent et la façon dont le Ministère veut qu'ils agissent. Ce décalage affecte également l'image projetée de l'hôpital. S'il n'existe pas de légitimité de leurs conduites de travail, les travailleurs de l'hôpital ne peuvent pas justifier la présence de l'hôpital dans l'espace géographique.

Le dirigeant, qualifiant l'organisation, donne de la légitimité aux conduites de travail qui se mettent en place à l'hôpital, comme une façon de préservation de l'image de l'hôpital.

II. Mise en lien des résultats avec d'autres données

1. L'interprétation et qualification «d'information», pour soi

Nous repérons des activités de qualification d'information avant que la réunion ne soit faite. Il est important de souligner que les opérations de qualification que le dirigeant réalise se font en deux processus. Le premier en termes de se positionner dans le collectif de travail, la valeur et l'importance des actions que le dirigeant considère comme stratégique. Un deuxième point sur la représentation finalisée que le dirigeant a faite à partir des préférences d'engagement de ses équipes, la valeur-en-acte, comme le dirigeant l'exprime: «on dit, on fait ! ».

À partir des observations réalisées dans les instances de préparation à des réunions de travail, nous pouvons faire l'hypothèse que le dirigeant réalise, en premier lieu, des processus de réception et recherche d'information de l'hôpital où il travaille. Il le fait à travers la lecture des rapports (internes et externes) et en parlant avec les différents acteurs de leur l'organisation ou de l'extérieur.

Cette information normalement demande un processus d'interprétation et d'intégration par les différents acteurs à l'hôpital. Cette compréhension se réalise à travers la discussion anticipée, avec les acteurs respectifs, comprenant tout le langage de gestion et de santé associé au sujet à traiter.

Nous observons des processus de demande d'information sur les causes possibles de déviation, de ses comparaisons et de la mise en relation des indicateurs avec d'autres institutions hospitalières, ainsi que sur les dispositions légales en vigueur. C'est-à-dire, la compréhension du fonctionnement de leur organisation et des faits futurs auxquels il va être confronté pendant la réunion.

Nous pouvons faire l'hypothèse que le dirigeant fait tout d'abord un processus «*d'interprétation de son environnement professionnel*» (Bruner, 1986, 1991), comme une façon de construire sa stratégie pour agir sur autrui ; à savoir, les équipes à l'hôpital.

La recherche d'information de la part du Dirigeant montre sa reconnaissance concernant la complexité de l'environnement professionnel auquel il fait face. Cela montre également la reconnaissance de ses propres limites dans l'interprétation des rapports (de soins, budgétaire, technique etc.).

2. Les constructions collectives et le jeu d'alliance pour une culture commune

Le processus d'anticipation et d'orientation collective permet l'ajustement de la relation entre les acteurs avant la réunion de manière à diminuer les éléments de conflit qui peuvent interférer dans les orientations préconçues pour la réunion. Ainsi, dans le cas de situations de crise et de divergences d'opinions extrêmes, il existe des liens créés au préalable qui permettent de contribuer à diminuer le niveau de tension qui pourrait en émerger. Cet ajustement est fait avec un groupe de collaborateurs proches.

Le dirigeant et leurs collaborateurs rentrent dans le processus de négociation généralement, en cas de conflit entre eux, de crise, d'urgence administrative et les réunions sont des instances pour trouver des accords. Chacun y défend sa position, avec ses différents procédés et sa technique. Il y a des tensions de réaction, c'est-à-dire des émotions, mais ce sont toujours de négociations conversationnelles qui se manifestent avec l'intention d'arriver à un accord (réel ou feint) permettant une construction collective, à travers la problématisation de la situation. La négociation se comprend aussi comme «*construction collective qui suppose l'installation de certains accords entre les participants sur les règles du "jeu du langage" dans lequel elles sont insérées*» (Charaudeau ; Maingueneau, 2005).

Il n'est pas des moindres de dire que pour parler de jeu d'alliance au préalable, le dirigeant perçoit que dans la réunion il repérera des conflits mais aussi de la coopération, ces éléments se trouvent présents dans l'organisation, l'hôpital. Du point de vue stratégique, nous pouvons penser à des processus d'identification de

scénarios souhaitables, qui sont en relation avec l'accomplissement des objectifs établis pour la réunion, c'est-à-dire, des représentations mentales que le Dirigeant a des résultats voulus.

Le dirigeant fait face au pouvoir de ses collaborateurs et à l'imprévisibilité de leurs comportements. Le comportement, compris comme « *le comportement social déployé* » (Grossetti, 2004). Le dirigeant peut qualifier plus facilement les ressources dont il dispose. Or, le problème se pose au moment de qualifier la force de la volonté de ses collaborateurs, confrontée à son pouvoir de négociation, finalement pour construire une nouvelle situation qui donne l'orientation de l'action. Cette démarche implique de disposer « *des stratégies permettant de mettre à jour des solutions alternatives qui ne sont pas imposées. Ce sont des stratégies d'un jeu politique qui infléchit le système* ». (Grossetti, 2004 ; Berthelot, 2004).

Si nous établissons une relation entre les jeux d'alliance produits avant les réunions et le développement ultérieur des réunions, on observe que c'est le dirigeant qui commence la discussion sur le sujet établi à l'ordre du jour. Ceci en contextualisant précisément les faits, en exprimant une opinion informée et, surtout, en réalisant des « jugements de valeur », « les résultats sont bons ou ils ne sont pas bons ». Le dirigeant les a déjà qualifiés avec l'autorité technique, au-delà de l'autorité donnée par le poste. C'est-à-dire, sur la base d'arguments généralement acceptés, donc, le dirigeant requalifie, comme une instance de demande aux autres les ajustements ou les réorientations nécessaires pour que le développement général de l'hôpital soit mené en fonction des objectifs stratégiques définis.

La requalification comme catégorie d'activité observée se reflète comme une instance d'agir sur l'activité d'autrui, à travers le discours, mais par rapport à ce que le dirigeant se représente face à l'environnement de l'hôpital, surtout ceux qui ont une relation directe avec les patients et en général là où se trouve impliquée l'image de l'hôpital.

Nous avons déjà fait mention du dirigeant qualifiant tout d'abord pour trouver lui-même un sens à l'environnement professionnel auquel il fait face pour ensuite requalifier afin d'agir sur la construction d'autrui. Les activités de requalification sont une instance d'ajustement mutuel, entre la convenance individuelle et collective, où « le régime de coordination » est compris comme « *une compréhension de l'action de l'autre comme partie prenante de l'environnement de sa propre action* » (Thévenot, 1990), c'est-à-dire, la construction d'une situation négociée, où chacun s'efforce de trouver un certain ordre légitime (l'action qui convient).

CONCLUSION, LIMITES ET PERSPECTIVES

I. Synthèses des Résultats

1. Les concepts

L'activité de qualification :

- Qu'est-ce que l'activité de qualification ? Nous pouvons dire que l'acte de qualification est une activité discursive et sociale. Elle est comprise comme une «*proposition explicite*» (Bruner J, 1986) faite par l'énonciateur, le dirigeant, qui a l'intention d'influencer et d'agir sur la construction du sens d'autrui. Cette proposition explicitée, se transforme pour le destinataire en une «*présupposition implicite*» (Bruner J, 1986). C'est-à-dire, l'acte de qualification fait partie du cadre interprétatif, au moment où le destinataire construit du sens.
- Les activités de qualification sont des requalifications pour les autres. Donc, qualifier pour les autres est en même temps une façon de prendre le pouvoir sur l'environnement du travail et une appropriation dudit environnement pour la proposer aux autres.

L'activité de requalification :

- Qu'est-ce que l'activité de requalification ? Elle se reflète comme une instance d'agir sur l'activité d'autrui à travers le langage (le dire), mais, par rapport à ce que le dirigeant se représente face à l'environnement professionnel.
- Quand le dirigeant requalifie l'information de l'environnement professionnel, il fait un processus de catégorisation pour simplifier l'interaction avec la réalité du travail et faciliter l'action.

- La requalification demande un processus de : sélection et simplification de l'information ainsi l'établissement de liens avec le contexte et les objectifs de l'organisation et finalement de catégorisation et génération des propositions discursives.
- Nous pouvons faire l'hypothèse que la requalification pour autrui est un processus « *d'apprentissage des propositions pour soi* », « *l'apprentissage interprétatifs* ».

2. Les éléments de l'acte de qualification :

2.1 Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)

- Dans la majorité des actes de qualification l'énonciateur se présente comme une entité discursive neutre «il, on». Le destinataire est construit par l'énonciateur dans une relation assertive. L'entité discursive de l'adresse est majoritairement multiple et neutre (ils).
- Les activités de qualification se font dans un contexte construit dynamiquement et parallèlement par le sujet « énonciateur / destinataire » et le « sujet interprétant ». Au travers des activités de qualification le dirigeant interprète et transforme l'environnement professionnel selon les scénarios qui lui sont favorables, comme une source de développement des *milieux de travail* et des sujets eux-mêmes.
- Le contexte de l'activité de qualification incorpore trois dimensions. La première, la dimension sociale, qui permet d'identifier l'identité sociale du dirigeant. La deuxième, la dimension d'énonciation, qui permet d'identifier l'identité discursive (je, on, il) et la dimension discursive qui permet d'identifier la stratégie du sujet qui qualifie, c'est -à-dire, des effets désirables de l'activité de qualification.

2.2 Objet de la qualification:

- Le dirigeant qualifie le développement de l'environnement professionnel des salariés. Il est divisé en trois catégories d'objet : les tâches prescrites pour le Ministère, ce qui est à faire ; les activités opératoires des collaborateurs, ce qui est fait et les activités opératoires auto-prescrites, ce qu'il faut faire à l'hôpital.
- L'environnement professionnel des salariés est modifié ou reconstitué par la qualification, c'est une adaptation à des situations toujours nouvelles. Il y a un regard rétrospectif et prospectif du dirigeant. Pour atteindre les objectifs, les buts de l'organisation, le dirigeant cherche à influencer autrui, ses collaborateurs, au travers des qualifications qu'il formule : c'est une réélaboration interprétative.

2.3 Émergence de la qualification

- Le dirigeant qualifie en fonction de *l'interprétation* de l'environnement professionnel qu'il a fait. Ce processus d'interprétation met en jeu la réalité cognitive et sociale construite par le dirigeant et les influences qu'il a reçues soit-il par oral ou par écrit.
- Le dirigeant qualifie à partir de *la conception* qu'il se fait des espaces d'action des uns et des autres, et de *la projection* que le dirigeant fait de ses actions. Il s'agit, discursivement, de la qualification qui est une requalification pour les autres.
- Le dirigeant offre, discursivement, à travers la qualification, *des propositions* explicites sur les environnements professionnels, lesquels portent implicitement *des présuppositions* potentiellement signifiantes pour les autres, c'est-à-dire, ils soutiennent un cadre interprétatif souhaitable pour autrui.

- Les activités de qualification du Dirigeant ont deux buts. Le premier consiste à positionner dans le collectif de travail la valeur et l'importance des actions qu'il considère, lui-même, comme stratégiques. La deuxième porte sur la représentation finalisée qu'il a faite à partir des préférences d'engagement de ses équipes, la valeur-en acte. On dit, on fait.

2.4 Les modalités discursives de la qualification

- L'attribution de valeur se présente comme : un quantificateur (très, beaucoup, etc.), un nom (discrétionnaires, partie, considéré, etc.), types de verbes (relationnels, de mesure, de processus matériel, existentiels, d'obligation).
- L'énoncé de l'acte de qualification exprime des restrictions qui opèrent comme des limites à l'attribution de valeur.
- L'identité discursive de l'énonciateur de l'acte de qualification (je, nous, on, il) ne se présente pas seule. Normalement, il a quelqu'un à côté de lui, «*le sujet adjuvant*». Le sujet adjuvant qui s'exprime comme une tierce personne (il, ils), avec deux rapports :
Le premier : le sujet adjuvant prend la place de l'énonciateur, le dirigeant se présente caché, comme une façon de prendre de la distance avec l'objet de qualification. Alors, c'est le Ministère qui qualifie et ce n'est pas lui, le dirigeant.
Le deuxième : le sujet adjuvant accompagne l'énonciateur, le dirigeant. Le sujet adjuvant (singulier ou pluriel) se présente comme une ostentation de l'acte de qualification face à autrui et comme une façon d'accompagner l'interprétation que le dirigeant a réalisée.

2.5 Fonction dominante de la qualification:

Fonction dominante en rapport avec la réduction de l'incertitude

- La qualification a une fonction de mise en perspective des activités des subordonnés. Le dirigeant qualifie l'abstraction d'une partie de la réalité - la situation dans laquelle nous sommes –, pour détacher et imposer des perspectives dans les événements - la situation dans laquelle on agit, en insufflant des présupposés à autrui sur l'action la plus favorable.
- Le dirigeant à travers l'activité de qualification met en question des situations incertaines. C'est-à-dire, des situations ambiguës, confuses ou contradictoires. Il fait un processus de problématisation de la situation, pour passer d'une *situation indéterminée* à une *situation déterminée*.

Fonction dominante en rapport avec la préservation d'image de l'organisation et de soi

- La qualification a une fonction de projection et de préservation d'image sociale de l'organisation, l'hôpital, et du dirigeant. L'image projetée de l'organisation permet au dirigeant de se reconnaître.
- Le dirigeant à travers l'acte de qualification projette à ses collaborateurs l'image voulue de l'organisation, l'hôpital. Cette image résume ses valeurs essentielles qui aident l'hôpital à aboutir à ses objectifs.
- Le dirigeant à travers l'acte de qualification projette à ses collaborateurs la légitimité de l'organisation où ils travaillent, afin de les convaincre de la cohérence de ses actions.

Fonction dominante en rapport avec l'enjeu de pouvoir

- La qualification a une fonction de limitation des espaces d'action, conservation du pouvoir et protection entre collègues.
- Les activités de qualification sont associées aux rapports de forces inhérents à la complexité d'un hôpital. Normalement, les actes de qualification sont orientés vers la légitimité des conduites pour façonner les interactions sociales à l'intérieur de l'hôpital. Ceci, selon des schémas prévisibles et non négociables, en montrant leur compatibilité avec les idées partagées. Par exemple, la place qui a le médecin et la place qu'a l'infirmière ou le sens donné aux lits à l'hôpital et en montrant en quoi cela sert à l'intérêt général.

II. Retombées Théoriques

- **L'activité de qualification, une activité discursive dans une activité sociale, « diriger » à l'hôpital**

À travers l'activité de qualification l'environnement professionnel s'est modifié ou reconstitué. Pour atteindre les objectifs de l'organisation, le dirigeant cherche à influencer autrui, ses collaborateurs, au travers de « le jugement de valeur » sur le développement de cette environnement. C'est une réélaboration interprétative avec un regard rétrospectif et/ou prospectif du dirigeant pour agir sur autrui.

Les activités de qualification se font dans un contexte construit dynamiquement et parallèlement par le sujet « énonciateur / destinataire » et le « sujet interprétant ». Au travers des activités de qualification, le dirigeant a l'intention d'influencer la construction que ses collaborateurs font de cet environnement, selon les scénarios qui lui sont favorables, comme une source de développement des *milieux de travail* et des sujets eux-mêmes.

Les activités de qualification sont une anticipation d'une stratégie sociale, et elles peuvent être vues comme des activités de co-construction de la réalité de

l'organisation, entre le Dirigeant et ses Collaborateurs. Les activités de qualification induisent des représentations chez autrui, au travers des présupposés. Ces présupposés permettent de poser le cadre dans lequel les collaborateurs vont construire du sens.

- **La qualification est un processus «*d'apprentissage interprétatifs*» pour le dirigeant de l'hôpital. Une contribution au développement de la Théorie de Formations des Adultes.**

Nous parlons de l'apprentissage interprétatif ou sens de Jérôme Bruner. Le dirigeant afin de requalifier pour autrui, interprète l'information de son environnement professionnel, tout d'abord, pour se le représenter et ensuite pour pouvoir communiquer aux autres sur la base des objectifs et des enjeux de l'organisation. Dans le contexte de l'entreprise publique, le dirigeant est obligé de faire ce qui est établi par la loi, les normes ou les procédés, du fait que l'allocation des ressources est associée au développement d'anticipations souhaitables pour l'organisation.

La requalification c'est une explication que le dirigeant construit visant à faire accepter un projet d'action collective, en permettant au dirigeant de construire « *des apprentissages interprétatif* ».

Selon Bruner, (1991), « *L'esprit humain crée de la signification de deux manières : par l'interprétation qui relève de la logique narrative, et par l'explication, qui vise la prédiction et le contrôle* ». À savoir, l'individu construit, lui-même, sa connaissance. Également, dans le même sens Bruner J., (1991) ajoute que ce processus « *l'individu le fait dans ses relations aux autres* », il est conditionné par « *l'ambiance culturelle* », c'est-à-dire, l'apprentissage de l'individu dépend aussi de la culture où il se développe. C'est ce que Bruner, (1986) a nommé « *la mémoire collective* ».

Le dirigeant requalifie dans une perspective interactionnelle en prenant en compte :

- le partage des présupposés culturels de l'organisation,
- en visant l'établissement de relations professionnelles,
- en visant la préservation de relations professionnelles déjà établies et
- en visant la coordination et le contrôle de l'action.

Le dirigeant pour réussir à atteindre les objectifs implicites dans l'acte de qualification parle en agissant afin d'agir ou de faire agir autrui sur le discours de l'acte de qualification qui est très étroitement lié à l'action.

III. Limites et Perspectives

- Limites

Les résultats de la présente recherche sont le produit d'une démarche ethnométhodologique, où nous avons choisi l'analyse de l'activité comme une entrée privilégiée afin de comprendre l'activité du dirigeant à l'Hôpital de Curicó en interaction avec autrui : ses collaborateurs.

Par conséquent, les résultats de cette recherche doivent être compris dans ce contexte. Ils sont compris de manière locale, et n'ont pas de valeur transcontextuelle.

C'est une limite des résultats de la recherche dont en même temps puisent des perspectives. Pour contribuer à la compréhension de l'activité de qualification, qui font les dirigeants, il est nécessaire de mettre à jour des relations ou des invariants qui se retrouvent dans cette recherche dans d'autres contextes, en utilisant la même démarche méthodologique.

- Perspectives

Pour contribuer au développement de la Théorie de Formation des Adultes, c'est un défi de mieux comprendre «*l'activité de qualification*» en tant qu'activité qui promeut «*l'apprentissage interprétatifs*» en situation de travail, en lien aux résultats de la présente recherche et à la Théorie développée par Jérôme Bruner.

Pour mieux comprendre «*l'activité de qualification*», c'est un défi de faire une recherche qui permette d'identifier les points d'approchement et d'éloignement de celle de «*l'activité d'évaluation*».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALTER, N. (2003). L'innovation ordinaire. Paris : Editions Presses Universitaire de France. PUF.

ALVAREZ, F. (2006). Changement organisationnel et production de discours managérial. *Entreprises et Histoire* ; Apr. 2006 ; 42 ; ABI/INFORM Global.

ALVESSON, M. ; KARREMAN, D. (2000). Taking the linguistic turn in organizational research, challenges, responses, consequences. *The journal of applied behavioral sciences*. Vol.36, n°2, 2000.

AUSTIN, J.L. (1970). Quand dire, c'est faire. Trad.fr.Paris : Seuil (1° éd. 1962, How to do Things with Words)

BABEAU, O. ; CHANLAT, J. (2007). La transgression : une dimension oubliée de l'organisation. Les pratiques transgressives comme médiatrices des contradictions organisationnelles ». Actes de la XVI Conférence de l'AIMS, Montréal, 6-9 juin 2007.

BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review* 84(2):191-215. ABI/INFORM Global.

BANQUE MONDIALE (2007). Disponible en <http://devdata.worldbank.org>. Lisait le 12 Avril 2007.

BARBIER, J.M (2010). L'action de diriger. À paraître.

BARBIER, J.M (2005). Voies Nouvelles de la professionnalisation. In SOREL M.; WITTORSKI, R. (dir). La professionnalisation en actes et en questions. Premier édition. Paris. Editions L'Harmattan.

BARBIER, J.M. ; GALATANU, O. (2004). Les savoirs d'action : Une mise en mot des compétences. Premier édition. Paris. Editions L'Harmattan.

BARBIER, J.M. ; DURAND, M. (2003).L'activité : un objet intégrateur pour les sciences sociales; *Recherche et Formation*. L'analyse de l'activité Approches situées. N°42.

BARBIER, J.M. ; GALATANU, O. (2003). L'analyse des actions en formations et dans le travail social. Premier édition. Paris. Editions Slask. Katowice. Introduction : Marinowicz E. Lexique.

BARBIER, J.M. (1990). L'Évaluation en formation. Paris : Editions Presses Universitaire de France. PUF.

BAJTIN, M. (1984). Esthétique de la création verbale. Paris : Gallimard.

BENVENISTE, E. (1966). Problèmes de linguistique générale I. Paris : Éditions Gallimard.

BERTHELOT, J.M. (2004). Les vertus de l'incertitude. Premier édition. Paris. Editions Quadrige Presses Universitaire de France. PUF.

BORZEIX, A.; BOUVIER, A.; PHARO, P. (1998). Sociologie et connaissance. Nouvelles approches cognitives. Premier éditions. Paris. CNRS sociologie. CNRS éditions. Pp. 9 - 48.

BOURDONCLE, R. (1991) La professionnalisation des enseignants: analyses sociologiques an-glaïses et américaines, Revue française de pédagogie, N° 94, pp. 73-92. ABI/INFORM Global.

BOJE, D. (1991). The storytelling organization : a study of story performance in an office-supply firm. Administrative Science Quarterly. Vol.36. n° 1 mars. Pp 106-126. ABI/INFORM Global.

BOJE, D. ; OSWICK, C. ; FORD, J. (2004). Language and organization : the doing of discours, introduction of special topic forum. Academy of Management Review. Vol. 29 n° 4, p.571-577.

BOLTANSKI, L. ; THÉVENOT, L. (1991). De la justification. Les économies de la grandeur. Paris. Gallimard.

BOURGEOIS, E. ; CHAPELLE, G. (2006). Apprendre et faire apprendre. Premier édition. Paris. Editions Presses Universitaires de France, Collection « Apprendre ».

BRUNER, J. (1966). *Toward a theory of instruction*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press. Hacia una teoría de la instrucción, Ediciones Revolucionarias, Cuba. Trad.es.Cuba.1992.

BRUNER, J. (1971). *The Relevance of Education*. New York, W. W. Norton and C. Inc. Traducción española: La importancia de la educación. Barcelona: Paidós. 1987.

BRUNER, J. (1983). *Child's Talk. Learning to Use Language*. New York, W.W. Norton. Traducción española: El habla del niño. Barcelona: Paidós. 1986.

BRUNER, J. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge: Harvard University Press. Traducción española: Realidad mental y mundos posibles. Barcelona: Gedisa, 1988.

BRUNER, J., HASTE, H. (1987). *Making sense. The Child's construction of the World*. New York: Methuen. Traducción española: La elaboración del sentido. La construcción del mundo por el niño. Barcelona: Paidós. 1990.

BRUNER, J. (1991). *Acts of Meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Traducción española: Actos de Significado: Más allá de la Revolución Cognitiva. Madrid: Alianza, 1995.

BRUNER, J. (2002). *Making stories: Law, literature, life*. New York: Farrar, Strauss and Giroux. Traducción española: La fábrica de historias. Derecho, literatura, vida. Argentina: Fondo de Cultura Económica, 2003.

CAILLUET, L., DÉJEAN, F., SABOLY, M.,(2006). Discours (s). Revue : Entreprises et Histoire. n° 42, p. 5.6. ABI/INFORM Global.

CHARAUDEAU, P. ; MAINGUENEAU, D. (2002). Dictionnaire d'analyse du discours. Paris: Editions du Seuil. Traducción española: Diccionario de análisis del discurso. Primera edición. Madrid. Amorrortu editores. Traducción de: Irene Agoff. (2005).

CHARAUDEAU, P. (1988). Une théorie des sujets du langage. Paris : Hachette.

CHARAUDEAU, P. (1982). Eléments de sémiolinguistique d'une théorie du langage à une analyse du discours. Revue : Langage en situation : Pratique sociales et interaction. n°38. p.6-28.

CHEKKAR, R. ; ONNÉE, S. (2006). Les discours managériaux dans le processus de communication financière : Une analyse longitudinale du cas Saint-Gobain. Revue : Entreprises et Histoire. n° 42, p.46-63. ABI/INFORM Global.

CLOT, Y. (2008). Travail et pouvoir d'agir. Paris : Editions Presses Universitaires de France.PUF.

CROZIER, M. ; FRIEDBERG, E. (1977). L'acteur et le système. Paris. Editions du seuil. Pp. 1-90. Assistance publique, hôpitaux de Paris. (2005). Rapport d'activité. Éléments synthétiques par hôpital.

DE FORNEL, M. ; OGIEN, A. ; QUÉRÉ, L. (2001). L'ethno-méthodologie. Une sociologie radicale. Colloque de Cerisy. Paris : La Découverte.

DEWEY, J. (1993). Logique: La théorie de l'enquête. Presses universitaires de France.

DEBROSSE, D. (1994). Engagement et responsabilité du directeur dans la démarche de projet. In B. Honoré, G. Samson (dir). La démarche de projet dans les établissements de santé. Toulouse : Privat.

DUCROT, O. (1984). Le dire et le dit. Paris : Editions de Minuit.

DUCRO, O. (1991). Dire et ne pas dire. Paris : Hermann.

FRIEDSON, E. (1994). La profession médicale. Paris : Payot.

FERRARI, L.; GALLARDO, S (2006). Estudio diacrónico de la evaluación en las introducciones de artículos científicos de medicina. Revista Signos 2006, 39(61) 161-180. ABI/INFORM Global.

GARDINER, A. (1989). Langage et acte de langage. Aux sources de la pragmatique. Paris : Editions Presses Universitaire de France.PUF.

GEERTZ, C. (1996). Ici et Là-bas. L'anthropologue comme auteur. Paris, Editions Métailié.

GIROUX, N. ; MARROQUIN, L. L'approche narrative des organisations. Revue Française de Gestion. Nov. / Dic 2005, 31,159, P.15 ; ABI/INFORM Global.

GRIMAND, A. (2009). Fiction, culture populaire et recherche en gestion. Revue française de gestion n° 194. ABI/INFORM Global.

GROSSETTI, M. (2004). Sociologie de l'imprévisible. Dynamiques de l'activité et des formes sociales. Premier édition. Paris. Presses Universitaires de France.

GROSJEAN, M. ; LACOSTE, M. (1999). Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital. Paris : Editions Presses Universitaire de France.PUF.

GOFFMAN, E. (1953). Communication Conduct on a Island Community, dissertation Ph.D. non publiée, Département de sociologie, Université de Chicago.

GOFFMAN, E. (1968). Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux. Paris : Minuit.

GOFFMAN, E. (1973). La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi. Paris : Minuit, 2. Les relations en public. Paris : Minuit.

GOFFMAN, E. (1988). L'ordre de l'interaction, in WINKIN Y. (éd).

GOFFMAN, E. (1991). Les cadres de l'expérience. Paris : Minuit.

GOLD, S., WATSON, S. (2001). The value of a story in organisation learning. Future, 33, p. 507-518.

HALLIDAY, M. (1985). An introduction to Functional Grammar. London : Edward Arnold.

I.N.E (2005). Disponible en : <http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones.php>.
Lisait le 12 Avril 2007.

KERBRAT-ORECCHIONI, C. (1999). Le discours en interaction. Paris : Editions Armand Colin.

LACOSTE, M. (1992). Langage, Activités médicales et hospitaliers : dimensions négligées. Paris. Langage & Travail. Cahier N° 5.

LEPLAT, J. (1997). Regards sur l'activité en situation de travail. Paris : Editions Presses Universitaire de France.PUF.

LE BRETON, D. (2004). L'interactionnisme symbolique. Paris : Editions Presses Universitaires de France. PUF.

LORINO, P. (2005). Contrôle de gestion et mise en intrigue de l'action collective. Revue française de gestion, numéro spécial « Récits et management », vol.31, n°159, novembre-décembre 2005, p.189-212.

Loi 19.937. Autoridad Sanitaria. Disponible en: <http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/221629>. Lisait le 12 Avril 2007.

Loi 19.966. Régimen General de Garantías en Salud. Disponible en: http://mediacion.cde.cl/download/ley_19966.pdf. Lisait le 12 Avril 2007.

MARION, G. (1989). Les images de l'entreprise. Paris : Les Editions d'organisation.

MATHE, J.C. ; RIVERT, A. (1992). Les doctrines stratégiques d'entreprise. Editions d'Organisations, E.O. Sup.

MATURANA, H. VARELA, F. (2006). El árbol del conocimiento. Santiago: Editorial Universitaria.

MALINOWSKI, B. (1963). Les argonautes du pacifique occidental. Paris : Gallimard (1922).

MAURER, J.G. (1971). Readings in organizational theory : open system approaches, New. ABI/INFORM Global.

MARTIN, J. (2003). Beyond exchange: Appraisal systems in English. En S. Hunston & G. Thompson (Eds.), *Evaluation in text: Authorial stance and the construction of discourse* (pp. 142-175). New York: Oxford University Press

MINTZBERG, H. (1989). Le management. Voyage au centre des organisations. Paris : Editions d'Organisation.

MISPELBLUM, F. (1999). Langages et stratégies au travail saisis par les normes. Revue Sociologie du Travail, n°3.

MISPELBLUM, F. (2006). Encadrer. Un métier impossible ?. Paris : Armand Colin.

MICHAUD, C.; REITTER, R.; CHASSANG, G.; THOENING, J.- C. (2003). Stratégie et sociologie de l'entreprise. Role de la direction, comportement organisationnel, management et lien social. Canadian Journal of Administrative Sciences. Jun (2003). ABI/INFORM Global.

MORO, C.; SCHNEUWLY, B.; BROSSARD, M. (1997). Outils et signes. Perspective actuelles de la théorie de Vygotski. Premier édition. Berne, Peter Lang.

MORDELET, (2006). Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé. Paris : ENSP.

MOYEN, P. (2004). Le couple situation – activité. Sa mise en oeuvre dans l'analyse du travail en Didactique professionnelle. Publié dans: J-F Marcel et P. Rayou: Recherches contextualisées en education. Paris : INRP.

MOISDON, J-C., TONNEAU, D. (1996). L'hôpital public et sa tutelle : la concurrence sous administration. Revue Française de Gestion. n° 109. ABI/INFORM Global.

MINSAL (2010). Disponible en : <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl>. Lisait le 01 décembre 2009.

NASZÁLYI, P. (2010). L'actualité de la gestion. La revue des sciences de gestion : Direction et Gestion ; Mar/April 2010 ;45, 242 ; ABI/INFORM Global.

O.M.S (2006). Disponible en www.who.int/whr/2006. Lisait le 12 Avril 2007.

O.P.S (2010). Disponible en : <http://new.paho.org>. Lisait le 01 janvier 2010.

PASQUET, P. (2004). Le désinvestissement : une stratégie légitime ? Revue des Sciences Gestion, May/Jun 2004, N °207, pages 7 à 18 ; ABI/INFORM Global.

PASTRE, P. ; MAYEN, P. ; VERGNAUD, G. (2006). Revue Française de pédagogie, N° 154, janvier-février-mars. Pp. 145-198.

PIETTE, A. (1996). Ethnographie de l'action. L'observation des détails. Paris: Éditions Métailié.

PRAHALAD, C. (2000). Cambios en el escenario competitivo, management en planificación estratégica. Pp. 1-5.

PUTNAM, H.W. (2002). Fait/Valeur : la fin d'un dogme - et autres essais, Combas, Éditions de l'Éclat, 2004 (trad. Marjorie Caverivière et Jean-Pierre Cometti; éd. or. 2002).

QUIVY, R. ; CAMPENHOUDT, L. (1995). Manuel de recherche en sciences sociales. Paris :Dunod.

REEVE, J. ; JANG, H. ; CARRELLE, D. ; JEON, S. ; BARCH, J., (2004). Enhancing students ' engagement by increasing teachers' autonomy support. Revue Motivation et Emotion, vol. 28, p.147- 169.

RICOEUR, P.; SEBESTIK ,J. (2004). Philosophies du langage. Paris : Gallimard.

RIVIÈRE, A. (2006). Le discours organisationnel vu par les sciences de gestion : monologue, polyphonie ou cacophonie?. Revue Entreprises et Histoire; Avril 2006, N°42; pages 29 à 45 ABI/INFORM Global.

RHODES, C. (1997). The legitimation of learning in organizational change. Journal of Organizational Change Management. Vol. 10 , n° 1. Pp.10-20.

ROBERTSON, DW, MARTIN, DK, SINGER PA (2003). Interdisciplinary research: putting the methods under the microscope. BMC Medical Research Methodology, 2003, 3,20.

SARFATI, G.-E. (2005). Eléments d'analyse de discours. Paris, Armand Colin.

SEARLE, J. (1976). A classification of illocutionary acts. Langue in society, n° 5, p.1-23.

STEWART, G. (1990). The quest for value. Third edition. Harper Business.

STRAUSS, A. (1992). Miroirs et Masques. Paris: Métailié (1959).

SPERBER, D., WILSON, D. (1989). La pertinence. Paris: Minuit.

SOREL, M.; WITTORSKI, R. (2005). La professionnalisation en actes et en questions. Paris : Editions L'Harmattan.

TAKAGI, J. (2006). L'évolution du management des médecins américains. Revue Française de Gestion. n° 168-169. ABI/INFORM Global.

THÉVENOT, L. (1990). L'action qui Convient, in Raisons pratiques, Les formes de l'action. Éditions de l'EHESS.

THÉVENOT, L. (1993). Agir avec d'autres. Conventions et objets dans l'action coordonnée, in QUÉRÉ L. (éd.) 1993.

THÉVENOT, L. (1998). Pragmatiques de la connaissance, in Borzeix A. et al., Sociologie et connaissance, Paris : CNRS.

TOURMEN, C ; MAYEN, P ; SAMRANY, L., (2010). Qualifier, une activité méconnue des dirigeants. À paraître.

ULMANN, A.L. (2005). Thèse de Doctorat. Le contrôle –traçage et la transmission. L'analyse de l'activité des contrôleurs des Caisses d'Allocations Familiales, sous la direction de G. BROUGERE. Doctorat en Sciences de l'éducation, Université de Liège, Université Paris-Nord, Paris.

VYGOTSKI, L. (1997). Pensée & Langage. Traduction de Françoise Sève. Troisième édition. Paris. La Dispute.

VYGOTSKI, L. (1971). Psychology of art. Massachusetts. The M.I.T. Press. Traducción española: Psicología del arte. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A. (2006).

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. ; JACKSONDON, D. (1972). Une logique de la communication. Trad.fr. Paris: Seuil.

WEIK, K. (1995). Sensemaking in organizations. Thousand Oaks, Sage.

WEIK, K. (1979). The social psychology of organizing. Michigan. 2end edition. Addison - Wesley Pub. Co

ZEITLER, A. (2006). Thèse de Doctorat. Apprentissage et interprétation des situations : le cas d'apprentis enseignants de voile. Disponible en [www.
http://www.cnam-crf.org/crf/formation/doctorat/Doctorats%20soutenus.html](http://www.cnam-crf.org/crf/formation/doctorat/Doctorats%20soutenus.html). Lisait le 12 Avril 2007.

ANNEXES

1. Situation d'analyse de la qualification

Situation 1 /1.0 : Extrait de réunion, du 24 mars 2008

Chef de Finances : « <i>Les critères de la Direction Régionale de Santé sont discrétionnaires dans la répartition des ressources. Nous avons l'Unité de Soins Intensifs ; elle est totalement terminée et sans personne, là il y a 16 lits, avec l'infrastructure totalement terminée, totalement équipée, mais sans personnel et ce projet nous avons commencé à travailler dessus en 2005, et je ne sais pas, s'il est de la responsabilité de la Direction Régionale d'assigner les postes de travail, ou si c'est le Ministère qui devrait les assigner.</i> »	
I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef de Finances / « Nous »
2. À qui s'adresse la qualification :	Le Dirigeant / « il, Ils »
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Dirigeant de l'Hôpital et le Chef de Finances est asymétrique / intimation
II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)	
1. Contexte :	Le besoin de ressources pour la mise en œuvre de l'Unité Intermédiaire Soins intensifs.
2. Ce qui est qualifié :	L'action de la Direction Régionale de Santé, dans la répartition de ressource / L'action du Directeur Régional.
3. Personnes :	Les personnes concernées : Le Dirigeant de l'Hôpital, le Chef de Finance. / « Ils ». La requalification en direction d'autrui.
III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)	
En fonction de quoi on qualifie : De l'interprétation de l'information qu'elle a trouvée de l'Unité Intermédiaire de Soins Intensifs de l'Hôpital, spécifiquement la capacité oisive que ce service présente.	
À partir de quoi on qualifie : Conception que le Chef de Finances se fait de l'espace d'action de Directeur Régional de Santé et de soi-même.	
À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qu'il sera une présupposition pour autrui « l'action du Directeur Régionale ne favorise pas à l'Hôpital de la Ville ».	
Jugement de valeur : Contenu prescriptif, « ...sont discrétionnaires..., totalement terminée... »	
IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) : Le verbe relationnel « être »	
V. Analyse de la fonction de la qualification : C'est un appel à diriger, c'est-à-dire elle a l'intention de réussir que le Dirigeant de l'Hôpital rompe la ligne hiérarchique avec le Service de Santé du Maule et canalise le problème de façon directe au Ministère de Santé.	
VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les activités opératoires qui sont faites pour des collaborateurs Fonction : Réduction de l'incertitude / problématisation	

Situation 2 / 2.1 : Extrait de réunion, du 28 mars 2008

Le Dirigeant : « « <i>Les bénévoles font un grand apport à l'hôpital, Il faut souligner l'apport important des bénévoles à notre activité...Nous avons une collaboration très précieuse de la communauté, représentée par les dames en jaune, les dames en rouge,..</i> » »	
I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Dirigeant / « Nous ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Aux représentantes des groupes des Bénévoles qui travaillent à l'hôpital / « Vous ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Dirigeant et les représentantes des groupes des Bénévoles est asymétrique / assertive .
II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)	
1. Contexte :	Réunion pour le rendre compte publique de la part du Dirigeant (la gestion annuelle).
2. Ce qui est qualifié :	L'action de soigner aux patients, de la part des bénévoles / « l'action des bénévoles », « En direction d'autrui ».
3. Personnes :	Les personnes concernées : Les représentantes des groupes des Bénévoles, le Dirigeant Régional de Santé, les représentants de la communauté / « Ils ».
III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)	
En fonction de quoi on qualifie : En fonction de l'information qu'il y a dans « le mémoire collective » au sujet du but des bénévoles.	
À partir de quoi on qualifie : À partir de la conception que le Dirigeant s'est faite du rôle des groupes dans l'aide sociale et économique aux patients. « Conception et image opérative de l'action de bénévoles ».	
À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « le travail des bénévoles est appréciée à l'hôpital ».	
Jugement de valeur : Contenu prescriptif : «...font un grand apport, très précieuse »	
IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) : Le verbe de processus matériel « faire » et le verbe de d'obligation « falloir ».	
V. Analyse de la fonction de la qualification : Préserver l'engagement des bénévoles avec les patients de l'hôpital, à travers de sa reconnaissance publique.	
VI. Indicateurs de la fonction de la qualification. Objet de la qualification : Les activités opératoires qui sont fait pour des collaborateurs Fonction : Préservation d'image / légitimité du conduit de travail	

Situation 3 / 2.2 : Extrait de réunion, du 28 mars 2008

Directeur Régional de Santé : <i>Nous avons en attente quelques dossiers, sans doute, nous allons résoudre ce problème des lits TIM (Traitement Intensif Intermédiaire). Malheureusement les ressources n'ont pas été considérés à temps dans la formulation du projet, nous appellerons rapidement à un concours de ces poste de travail, de médecins, d'infirmières, auxiliaires, etc. »</i>	
I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Directeur Régional de Santé / « Nous ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Au Dirigeant / « Il ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Directeur Régional et le Dirigeant est « asymétrique / « assertive ».
II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)	
1. Contexte :	Réunion pour rendre compte publique de la part du dirigeant.
2. Ce qui est qualifié :	La demande de ressources, par conséquence de l'action déficiente dans l'élaboration du projet. « L'action du Directeur de l'hôpital ».
3. Personnes :	Les personnes concernées : Les Dirigeants et Chef de Finances.
III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)	
En fonction de quoi on qualifie : En fonction de l'interprétation que le Directeur Régional fait de l'information qui lui donne le Dirigeant.	
À partir de quoi on qualifie : À partir de la conception que le Directeur Régional se fait de l'information qu'il a de l'Hôpital et de l'information qui lui donne le Dirigeant.	
À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « il eu de problème de gestion à l'hôpital ».	
Jugement de valeur : Contenu descriptif : « ...considérées à temps... »	
IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe relationnel « être »	
V. Analyse de la fonction de la qualification : La délimitation d'espace d'action et de territoire de soi-même et du Dirigeant de l'Hôpital.	
VI. Indicateurs de la qualification : Objet de la qualification : Les activités opératoires qu'il faut faire à l'hôpital Fonction : Enjeu du pouvoir / délimitation d'espace d'action.	

Situation 4 / 3.1 : Extrait de réunion, du 31 mars 2008

Dirigeant : « <i>La sous-direction d'infirmierie ne fonctionne pas bien dans d'autres hôpitaux parce que, il n'existe pas de limites de responsabilité et il n'est pas défini à qui le médecin doit s'adresser pour voir si elles font bien ou mal le traitement prescrit par le médecin et de cette façon changer le schéma de traitement aux patients</i> »	
I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Dirigeant de l'Hôpital / « Il ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Aux Chefs de Service / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Dirigeant et les Chefs de Service est « symétrique / assertive ».
II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)	
1. Contexte :	Le contexte su travail des infirmières et des médecins.
2. Ce qui est qualifié :	L'indépendance de l'action de l'Infirmière du Médecin. « L'environnement professionnel de l'infirmière et du médecin ».
3. Personnes :	Les personnes concernées : les Infirmières, les Médecins.
III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)	
En fonction de quoi on qualifie : En fonction de ce que l'infirmière a dit, de ce qu'il y a dans la mémoire collective sur l'indépendance de la fonction du médecin « le travail de l'infirmière est attaché au médecin », à l'égard de la prescription établie par le MINSAL.	
À partir de quoi on qualifie : À partir de la conception que le Dirigeant se fait de l'hôpital de l'espace d'action du Médecin et des Infirmières. À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « la sous- direction d'infirmière ne fonctionnera pas bien à l'hôpital de la ville ».	
Jugement de valeur : contenu prescriptif : « ...ne fonctionne pas bien ..., il n'existe pas »	
IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe de processus matériel « fonctionner »	
V. Analyse de la fonction de la qualification : C'est une action indirecte pour protéger cette relation de collègues. C'est une façon d'empêcher que l'action de l'infirmière se formalise d'une forme indépendante du médecin.	
VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les tâches prescrites pour le ministère Fonction : Enjeu du pouvoir / lutte de conservation du pouvoir	

Situation 5 / 3.2 : Extrait de réunion, du 31 mars 2008

<p>Chefs d'Urgence : « <i>L'infirmière fait partie de l'équipe de soins et l'équipe de soins doit être dirigé par le médecin....Mais, ce qui me semble logique c'est d'anticiper la coordination, c'est-à-dire de coordonner tous les aspects techniques propres d'infirmier pour qu'ils soient uniformes dans tout l'hôpital et non que chacun des services cliniques ait un point de vue technique différent. Je crois que c'est une fonction très importante de régulariser tout les aspects propres d'infirmier et qu'un service clinique n'ait pas plus de cette ressource qu'un autre</i> »</p>	
<p>I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)</p>	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef d'Urgence / « Il ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Le Chef d'Infirmières / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Chef d'Urgence et le Chef d'Infirmière est « asymétrique / assertive ».
<p>II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)</p>	
1. Contexte :	Le contexte du travail des infirmiers et des médecins. La prescription de l'action de l'infirmière.
2. Ce qui est qualifié :	L'indépendance de l'action de l'infirmier vis-à-vis du médecin. « l'environnement professionnel des infirmières et des médecins ».
3. Personnes :	Les personnes concernées : les infirmières, le Dirigeant de l'hôpital.
<p>III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)</p>	
<p>En fonction de quoi on qualifie : En fonction de ce que l'infirmière a dit, à partir de ce qu'il y a dans « la mémoire collective sur l'indépendance de la fonction de l'infirmière » du médecin, à l'égard de la prescription établie par le MINSAL.</p>	
<p>À partir de quoi on qualifie : De la conception que le Chef d'Urgence se fait de « l'espace d'action du Médecin et des Infirmières ».</p> <p>À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « l'action de l'infirmière doit rester attachée à l'action du médecin ».</p>	
<p>Jugement de valeur : contenu descriptif : « ...fait partie..., me semble logique..., très importante ... »</p>	
<p>IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe de processus matériel : « faire » et le verbe d'obligation « devoir »</p>	
<p>V. Analyse de la fonction de la qualification : Protéger l'espace d'action du médecin.</p>	
<p>VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les activités opératoires qu'il faut faire à l'hôpital Fonction : Enjeu du pouvoir / délimitation d'espace d'action – lutte de conservation du pouvoir.</p>	

Situation 6 / 3.3 : Extrait de réunion, du 31 mars 2008

Chef de Pédiatrie : « ...si la sous-direction d'infirmierie est créée tout va se compliquer, les responsabilités professionnelles ne sont pas bien définies, qu'est-ce qu'arrive si le sujet d'attention d'un patient passe au judiciaire ? À qui revient la responsabilité ? ».	
I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef de Pédiatrie / « Il ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Le Chef d'Infirmières / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre les Chefs de Pédiatrie et le Chef d'Infirmières est « asymétrique / intimation - Interrogative ».
II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)	
1. Contexte :	Le contexte de travail des infirmières et des médecins. La prescription de l'action de l'infirmière.
2. Ce qui est qualifié :	L'indépendance de l'action de l'infirmière vis-à-vis du médecin. « l'environnement professionnel des infirmiers et des médecin ».
3. Personnes :	Les personnes concernées : les infirmières, le Dirigeant de l'hôpital.
III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)	
En fonction de quoi on qualifie : En fonction de ce que l'infirmière a dit, à partir de ce qu'il y a dans « la mémoire collective sur l'indépendance de la fonction de l'infirmière » du médecin, à l'égard de la prescription du MINSAL.	
À partir de quoi on qualifie : De la conception que le Chef de Pédiatrie se fait de « l'espace d'action du médecin et des infirmières ».	
À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « la création de la sous-direction d'infirmierie sera un problème pour l'hôpital ».	
Jugement de valeur : contenu prescriptif : « ... tout va se compliquer..., bien définies »	
IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe de processus matériel : « créer »	
V. Analyse de la fonction de la qualification : Protéger l'espace d'action du médecin.	
VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les tâches prescrites pour le ministère Fonction : Enjeu du pouvoir / lutte de conservation du pouvoir	

Situation 7 / 4.0 : Extrait de réunion, du 07 avril 2008

<p>Dirigeant de l'Hôpital : « Il faut sanctionner les employés qui achètent des produits à l'intérieur de l'hôpital... Je demande aux Chefs de Service sa collaboration, ce n'est pas un moindre sujet. La vérité, c'est une pratique très répandue et non seulement des gens externes de l'hôpital, aussi des employés de l'hôpital. Un chef de service m'envoie une note où il m'indique qu'il a surpris une professionnelle de l'hôpital en vendant des bijoux à son bureau. Qui reste pour les professionnels à qui nous devons donner l'exemple et nous nous comportons de telles façons... »</p>	
<p>I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)</p>	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Dirigeant de l'Hôpital / «II».
2. À qui s'adresse la qualification :	Les Chefs de Service / Chef de Pharmacie / «Ils».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Dirigeant et les Chefs de Service est « symétrique / intimation ».
<p>II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)</p>	
1. Contexte :	Le contexte du travail du personnel à l'hôpital. Le temps de travail à l'hôpital.
2. Ce qui est qualifié :	Le mauvais usage du temps de travail par le personnel de l'hôpital. « l'action du personnelles de soins ».
3. Personnes :	Les personnes concernées : les Chefs de Service.
<p>III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)</p>	
<p>En fonction de quoi on qualifie : En fonction de ce que le Chef de Pharmacie a dit, à partir de l'interprétation fait par le Dirigeant de l'hôpital.</p>	
<p>À partir de quoi on qualifie : De la conception que le Dirigeant se fait « de l'action des employés à l'hôpital », du temps du travail du personnel de l'hôpital.</p>	
<p>À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « les temps de travail ne sont pas bien occupés à l'hôpital ».</p>	
<p>Jugement de valeur : contenu prescriptif : « ...c'est n'est pas un moindre sujet..., très répandue...»</p>	
<p>IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe de processus matériel : « avancer » et le verbe d'obligation : « falloir »</p>	
<p>V. Analyse la fonction de la qualification : C'est une interpellation aux Chefs de Service pour les compromettre dans leur rôle.</p>	
<p>VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les activités opératoires qu'il faut faire à l'hôpital Fonction : Préservation d'image / de l'organisation et de soi.</p>	

Situation 8 / 5.1 : Extrait de réunion, du 14 avril 2008

<p>Chef de Soin Intensif : « <i>La taux de mortalité « sepsis » s'est incrémenté graduellement à l'hôpital. Les hôpitaux qui ont diminué le taux de mortalité par « sepsis » n'ont pas dépensé plus d'argent, ils n'ont pas plus de personnel. Ils se sont organisés du point de vue des urgences pour faire face à une situation comme cela. Ils sont hôpitaux publics, et l'unique chose qu'ils ont fait c'est réordonner les processus et répondre d'une façon différente aux imprévus... »</i></p>	
<p>I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)</p>	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef de Soin Intensif / « Il ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Aux Chefs de Service / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre Chef de Soin Intensif et les Chefs de Service est « symétrique / assertive ».
<p>II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)</p>	
1. Contexte :	Le contexte du travail des médecins. La mise en œuvre d'un procédé prescrit par le Ministère.
2. Ce qui est qualifié :	L'environnement professionnel des médecins dans autres hôpitaux / L'action des médecins dans le diagnostic des pathologies associé à la sepsis.
3. Personnes :	Les personnes concernées : le dirigeant, les chefs de service, le personnel.
<p>III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)</p>	
<p>En fonction de quoi on qualifie : En fonction de ce que le Chef de Soins Intensive interprète de cette information / De la prescription du Ministère.</p>	
<p>À partir de quoi on qualifie : De « la réception d'information » que le Chef de Soins intensif a reçue des autres hôpitaux. « de la conception que le Chef de Soins Intensive » se fait de l'espace d'action des autres médecins.</p> <p>À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « il a fallu organiser l'activité du médecin à l'hôpital de la ville pour diminuer la sepsis ».</p>	
<p>Jugement de valeur : contenu descriptif : « s'incrémenté graduellement ...n'ont pas dépensé plus d'argent... »</p>	
<p>IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe de mesure : « diminuer »</p>	
<p>V. Analyse de la fonction de la qualification : C'est une interpellation pour motiver la collaboration des autres Chefs de Service dans le diagnostic précoce.</p>	
<p>VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les activités qui sont fait pour des collaborateurs Fonction : Réduction de l'incertitude / problématisation</p>	

Situation 9 / 5.2 : Extrait de réunion, du 14 avril 2008

<p>Chef de Pédiatrie : « ..Il faut appliquer les procédés qui sont validés par le Ministère... Bon, ce que je veux te dire, je crois que c'est resté très marqué, que nous avons de grandes tâches et l'une d'elles est l'amélioration de la qualité de vie des patients, et là il faut mettre toute la main aussi et là le problème est que nous avons deux mains seulement et beaucoup de problèmes à résoudre et l'un d'eux est celui que tu viens de présenter... »</p>	
<p>I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)</p>	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef de Pédiatrie / « II ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Aux Chefs de service / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Chef de Pédiatrie et les Chefs de Service est « symétrique / assertive ».
<p>II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)</p>	
1. Contexte :	Le contexte du travail de médecin. La mise en œuvre d'un procédé prescrit par le Ministère.
2. Ce qui est qualifié :	La nouvelle demande du Ministère. « l'action du médecin ».
3. Personnes :	Les personnes concernées : les Chefs de Service.
<p>III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)</p>	
<p>En fonction de quoi on qualifie : En fonction de ce que le Chef de Soins Intensifs a dit, à partir de que le Chef de Pédiatrie interprète et exprime dans la réunion sur la prescription d'un procédé prescrit par le Ministère.</p>	
<p>À partir de quoi on qualifie : De la conception que le Chef de Pédiatrie se fait « de l'action du médecin » dans le contrôle de « la sepsis ».</p>	
<p>À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « Il est nécessaire d'appliquer les procédés donnés par le Ministère ».</p>	
<p>Jugement de valeur : contenu descriptif : « très marqué..., de grandes tâches..., beaucoup »</p>	
<p>IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive)</p>	
<p>Le verbe d'obligation : « falloir »</p>	
<p>V. Analyse de la fonction de la qualification :</p>	
<p>C'est une adhésion au discours institutionnel.</p>	
<p>VI. Indicateurs de la fonction de la qualification :</p>	
<p>Objet de la qualification : Les activités opératoires qu'il faut faire à l'hôpital Fonction : Préservation d'image / de l'hôpital et de soi</p>	

Situation 10 / 6.1 : Extrait de réunion, du 21 avril 2008

Chef de Pédiatrie : « <i>La Direction Régionale pour nous est un grand problème, c'est elle qui distribue les postes de travail. Il faut aider la direction de l'hôpital, parce que l'hôpital progresse par crise. Il est nécessaire d'augmenter le personnel, la UCI (Unité de Soins Intensifs) ne fonctionne pas bien</i> »	
I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef de Pédiatrie / « Nous ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Dirigeant de l'Hôpital / « Je, Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Chef de Pédiatrie et le Dirigeant est « symétrique / assertive ».
II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)	
1. Contexte :	Le contexte de travail de l'Unité Intermédiaire de Soins Intensifs.
2. Ce qui est qualifié :	« L'action de Directeur Régional de Santé ».
3. Personnes :	Les personnes concernées : Le Dirigeant, le Directeur Régional.
III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)	
En fonction de quoi on qualifie : En fonction de que le Dirigeant dit sur l'action de la presse locale, après avoir informé que l'Unité Intermédiaire de Soins intensifs de l'Hôpital n'offrait pas ses services à la communauté. Le journal régional a polémique sur le fonctionnement de l'Unité Intermédiaire de Soins Intensif.	
À partir de quoi on qualifie : De la conception que le Chef de Pédiatrie se fait « de l'action du Directeur Régional » pour résoudre les problèmes à l'hôpital de la ville.	
À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « l'action du Directeur Régional ne favorise pas à l'Hôpital de la ville ».	
Jugement de valeur : contenu prescriptif : « est un grand problème..., d'augmenter ..., ne fonctionne pas bien »	
IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe relationnel : « être » et le verbe d'obligation : « falloir », « nécessiter ».	
V. Analyse de la fonction de la qualification : Appeler à diriger. C'est une action indirecte de montrer que le Dirigeant ne possède pas de pouvoir de négociation vis-à-vis des autorités régionales de la santé, en préservant sa relation de collègues.	
VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : les activités opératoires qui sont faites par des collaborateurs Fonction : Préservation d'image / de l'hôpital et de soi	

Situation 11 / 6.2 : Extrait de réunion, du 21 avril 2008

Chef de Pharmacie : « <i>Si la structure organisationnelle est une proposition, on constate qu'elle n'est pas bien faite. La pharmacie a des rôles différents de l'hôpital</i> »	
I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef de Pharmacie / « Il ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Au Dirigeant / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Chef de Pharmacie et le Dirigeant est « asymétrique / assertive ».
II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)	
1. Contexte :	Le contexte de travail à l'hôpital. L'analyse de la nouvelle organisation de l'hôpital.
2. Ce qui est qualifié :	« L'action du Directeur de l'Hôpital ». Le service de pharmacie laisse la dépendance directe du Dirigeant de l'Hôpital.
3. Personnes :	Les personnes concernées : Le Dirigeant, les intégrants du Comité de Gestion.
III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)	
En fonction de quoi on qualifie : De ce qu'il interprète la proposition du nouvel organigramme de l'Hôpital présenté par le Comité de Gestion et autorisé par le Dirigeant.	
À partir de quoi on qualifie : De la conception que se fait le Chef de Pharmacie de son action dans la nouvelle structure de l'hôpital et de l'action du personnel de l'unité de contrôle de gestion.	
À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « Je ne me retrouve pas dans la structure de pouvoir ».	
Jugement de valeur : contenu prescriptif : « ...n'est pas bien faite »	
IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe de processus matériel « avoir »	
V. Analyse de la fonction de la qualification : La préservation des espaces d'action et de pouvoir dans la structure de l'hôpital.	
VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les activités opératoire qui sont fait par des collaborateurs Fonction : Enjeu du pouvoir / délimitation d'espace d'action	

Situation 12 / 6.3 : Extrait de réunion, du 21 avril 2008

Chef de l'Audit Clinique : « <i>L'autogestion est un changement drastique dans la gestion des hôpitaux. Il faut apprendre à optimiser nos ressources pour augmenter notre productivité, ce qui est obtenu en travaillant avec une vision commune..</i> »	
I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef de l'Audit Clinique / « Il ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Au Dirigeant / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Chef de l'Audit Clinique et le Dirigeant est « symétrique / intimation ».
II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)	
1. Contexte :	Le contexte de travail de salariés à l'hôpital. La prescription organisationnelle du Ministère pour les Hôpitaux.
2. Ce qui est qualifié :	L'analyse de la nouvelle organisation de l'Hôpital « l'environnement professionnel associé à la prescription du Ministère ».
3. Personnes :	Les personnes concernées : Le Dirigeant, les intégrants du Comité de Gestion.
III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)	
En fonction de quoi on qualifie : De l'interprétation que Chef de l'Audit Clinique fait de la prescription du Ministère.	
À partir de quoi on qualifie : De la conception que le Chef de l'Audit Clinique se fait de l'espace d'action du personnel de soins.	
À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « Il est nécessaire d'augmenter les services de soins avec les mêmes ressources ».	
Jugement de valeur : contenu prescriptif : « ...est un changement drastique »	
IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe d'obligation : « falloir »	
V. Analyse de la fonction de la qualification : Adhésion au discours Institutionnel.	
VI. Indicateurs de la fonction de la qualification :	
Objet de la qualification : Les tâches prescrites pour le ministère Fonction : Réduction de l'incertitude / problématisation	

Situation 13 / 7.1 : Extrait de réunion, du 02 juin 2008

<p>Chef de Médecine : « <i>Il n'y a pas eu de capacité pour créer le centre de responsabilité. Il manque d'information opportune ; nous avons besoin de connaître quelles sont les produits, pour analyser les brèches. Par conséquent, il est nécessaire de connaître les responsabilités des Chefs de Services dans la création des Centres de Responsabilité, les Chefs de Services, nous n'avons pas de formation pour réaliser ce nouveau compromis »</i> »</p>	
<p>I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)</p>	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef de Médecine / « Il ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Au Dirigeant de l'Hôpital / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Chef de Médecin et le Dirigeant de l'Hôpital est « symétrique / assertive ».
<p>II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)</p>	
1. Contexte :	Le contexte de travail du personnel de soin. La communication par le Dirigeant du rapport de la Commission d'Accréditation de l'Hôpital.
2. Ce qui est qualifié :	L'action du Directeur de l'Hôpital face à les observations de la Commission d'Accréditation sur les processus de l'Hôpital.
3. Personnes :	Les personnes concernées : Le Dirigeant de l'Hôpital, le Chef d'Administration, les Chefs de Service.
<p>III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)</p>	
<p>En fonction de quoi on qualifie : De l'interprétation qu'il fait de la communication des résultats de l'audit faite par la Commission d'Accréditation des Hôpitaux.</p>	
<p>À partir de quoi on qualifie : De la conception que le Chef de Médecins se fait des différents rôles qui doivent être assumés après avoir engagé le compromis de créer les Centres de Responsabilités. De la réception des résultats de l'audit faits par la Commission d'Accréditation des Hôpitaux.</p>	
<p>À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui. « La responsabilité pour mettre en place la gestion par Centre de Responsabilité es du Directeur de l'hôpital »</p>	
<p>Jugement de valeur : contenu prescriptif : « il n'ya pas eu de capacité..., nous n'avons pas de formation pour réaliser »</p>	
<p>IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive)</p>	
<p>Le verbe de processus matériel « avoir »</p>	
<p>V. Analyse de la fonction de la qualification :</p>	
<p>C'est un appel à diriger. C'est une action indirecte pour indiquer au Dirigeant qu'il n'existe pas un planning d'action à l'égard de ce sujet.</p>	
<p>VI. Indicateurs de la fonction de la qualification :</p>	
<p>Objet de la qualification : Les activités opératoires qu'il faut faire à l'hôpital Fonction : Réduction de l'incertitude / problématisation</p>	

Situation 14 / 7.2 : Extrait de réunion, du 02 juin 2008

<p>Dirigeant : « <i>Les intégrants de la Commission d'accréditation ont des différents critères pour évaluer notre processus chaque année. Ils ont trouvé déficients les indicateurs que l'année dernière avait été qualifiés comme bons. Je crois que le plus important est d'avoir des instances pour effectuer nos propres révisions de ce que nous avons fait...</i> »</p>	
<p>I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)</p>	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef de Pédiatrie / « Je ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Au Dirigeant de l'Hôpital / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Chef de Pédiatrie et le Dirigeant de l'Hôpital est « symétrique / assertive ».
<p>II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)</p>	
1. Contexte :	Le contexte de travail du personnel de soins. La communication par le Dirigeant du rapport de la Commission d'Accréditation de l'Hôpital.
2. Ce qui est qualifié :	L'action du personnel de soin. Les observations de la Commission d'Accréditation sur les processus de l'hôpital.
3. Personnes :	Les personnes concernées : Le Dirigeant de l'Hôpital, les Chefs de Service.
<p>III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)</p>	
<p>En fonction de quoi on qualifie : De l'interprétation qu'il se fait de la communication des résultats de l'audit fait par la Commission d'Accréditation des Hôpitaux.</p>	
<p>À partir de quoi on qualifie : De la conception de l'action du personnel médical. De la réception d'information des processus d'accréditation de l'hôpital.</p>	
<p>À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui «Les résultats émit par la Commission d'Accréditation ne sont pas crédibles ».</p>	
<p>Jugement de valeur : contenu prescriptif : « ...des différents critères pour évaluer..., le plus important»</p>	
<p>IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive)</p>	
<p>Le verbe de processus matériel : « avoir »</p>	
<p>V. Analyse de la fonction de la qualification :</p>	
<p>C'est une mise en distance de l'évaluation externe.</p>	
<p>VI. Indicateurs de la fonction de la qualification :</p>	
<p>Objet de la qualification : Les activités opératoires qu'il faut faire à l'hôpital Fonction : Réduction de l'incertitude / problématisation</p>	

Situation 15 / 8.0 : Extrait de réunion, du 03 octobre 2008

Dirigeant : « <i>Nous ne pouvons pas être d'accord mais Il faut savoir que nous appartenons au service public. La Direction Régional nous donne des directrices et par conséquent nous devons les accomplir en accord avec notre réalité locale. La structure organisationnel que nous avons faite, nous pouvons la questionner, mais nous ne devons point détruire...».</i>	
I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Dirigeant de l'Hôpital / « Nous ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Aux Chefs de service / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Dirigeant de l'Hôpital et les Chefs de Service est « symétrique / assertive ».
II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)	
1. Contexte :	Le contexte de travail du médecin. La prescription de l'espace d'action de chacun, et la résistance au changement de la part du médecin.
2. Ce qui est qualifié :	L'action du personnel de Comité de Gestion dans la formulation de la nouvelle structure organisationnelle validée par le dirigeant.
3. Personnes :	Les personnes concernées : les personnes qui conforment le comité de gestion, les Chefs de Service.
III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)	
En fonction de quoi on qualifie : En fonction de l'interprétation qu'il fait « du silence » de la part des Chefs de Service, face à la question. Est-ce que vous avez de doutes par rapport à la structure organisationnelle de l'hôpital ?	
À partir de quoi on qualifie : De la conception que le Dirigeant de l'Hôpital se fait du nouvel espace d'action prescrit pour les Chefs de Service.	
À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « il faut agir en concordance, même si nous ne sommes pas d'accord ».	
Jugement de valeur : Contenu descriptif : «... nous appartenons au service public..., »	
IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Les verbes d'obligation : « devoir » et falloir »	
V. Analyse de la fonction de la qualification : Adhésion au discours institutionnel pour préserver l'image de l'hôpital et prescrire l'espace d'action des Chefs de Service.	
VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les activités opératoires qu'il faut faire à l'hôpital Fonction : Préservation d'image / légitimité du conduit de travail	

Situation 16 / 9.1 : Extrait de réunion, du 13 octobre 2008

<p>Le Chef d'Anatomie Pathologique : « Pour moi les bonnes intentions de ce système sont intéressantes, mais en même temps avec un tel système, il me semble qu'il faut se protéger. A mon avis les premier professionnels de la santé vont payer, avant que la grève ne se produise et tout le monde ne s'arrête ».</p>	
<p>I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)</p>	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef d'Anatomie Pathologique / « Je ».
2. Á qui s'adresse la qualification :	Au Dirigeant de l'Hôpital / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Chef d'Anatomie Pathologique et le Dirigeant est « symétrique / intimation ».
<p>II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)</p>	
1. Contexte :	Le contexte de travail du personnel de soins. La mise en place de la « loi de la médiation » où les professionnels de la santé sont responsables économiquement et judiciairement.
2. Ce qui est qualifié :	Les sanctions pour les possibles erreurs médicales dans l'attention des patients. « L'environnement professionnel de salarié ».
3. Personnes :	Les personnes concernées : le Dirigeant de l'Hôpital, les Chefs de Service.
<p>III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)</p>	
<p>En fonction de qui on qualifie : En fonction de l'interprétation qu'il a fait de ce que l'avocat a exposé sur la loi.</p>	
<p>À partir de qui on qualifie : De la conception que le Chef d'Anatomie Pathologique se fait de l'espace d'action de soi même et des personnels de soins.</p>	
<p>À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « Il est nécessaire faire résistance face à la mise en place de cette loi ».</p>	
<p>Jugement de valeur : contenu prescriptif : « les bonnes intentions..., sont intéressantes..., me semble qu'il faut se protéger..., ils vont payer, avant que »</p>	
<p>IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe d'obligation : « falloir »</p>	
<p>V. Analyse de la fonction de la qualification : Appeler à diriger. C'est une fonction indirecte d'entrer dans l'action du directeur de l'hôpital, avec le but de chercher des moyens pour protéger son intégrité professionnelle et celle de ses collègues.</p>	
<p>VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les tâches prescrites pour le ministère Fonction : Enjeu du pouvoir / protection entre collègues</p>	

Situation 17 / 9.2 : Extrait de réunion, du 13 octobre 2008

<p>Le Chef de Pharmacie : «<i>Je crois que ce qui se passe ici consiste en ce que le pouvoir s'approche de plus en plus à celui qui a le droit...c'est-à-dire le système s'approche de plus en plus du fait que celui qui a fait l'action réponde par l'action. Cette Loi à l'intérieur d'un hôpital publique est quelque chose de nouveau, parce que nous sommes habitués au paternalisme.... À mon avis nous devrions réviser tous les procédés. Nous devrions apprendre à bien faire les choses...</i>»</p>	
<p>I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)</p>	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef de Pharmacie / « Je ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Au Dirigeant de l'Hôpital / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Chef de Pharmacie et le Dirigeant est « asymétrique / assertive ».
<p>II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)</p>	
1. Contexte :	Le contexte de travail du personnel de soins. La mise en place de la «loi de la médiation» où les professionnels de la santé sont responsables économiquement et judiciairement.
2. Ce qui est qualifié :	La loi de la médiation sur les possibles erreurs médicales dans l'attention des patients. « L'environnement professionnel de salariés ».
3. Personnes :	Les personnes concernées : le Dirigeant de l'Hôpital, les Médecins.
<p>III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)</p>	
<p>En fonction de quoi on qualifie : En fonction de l'interprétation qu'il a faite de ce que l'avocat a exposé sur la loi.</p>	
<p>À partir de quoi on qualifie : De la conception que le Chef de Pharmacie se fait de l'espace d'action des professionnels de la santé.</p>	
<p>À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui «il est nécessaire un mayeur engagement avec l'activité ».</p>	
<p>Jugement de valeur : contenu prescriptif : «...de plus en plus..., bien faire les choses»</p>	
<p>IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe relationnel : « être » et le verbe de mesure « approcher »</p>	
<p>V. Analyse de la fonction de la qualification : C'est une interpellation au chef de service en tant que médecin pour qu'il assume la responsabilité des impacts de son action.</p>	
<p>VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les tâches prescrites pour le ministère Fonction : Réduction de l'incertitude / problématisation</p>	

Situation 18 / 9.3 : Extrait de réunion, du 14 octobre 2008

<p>Le Chef de Médecine : « <i>L'hôpital doit faire face à un nouveau processus d'accréditation, à mon avis nous n'allons pas approuver le contrôle de l'infection hospitalière et par conséquent il faut savoir que la responsabilité retombe sur la direction de l'hôpital et cela doit rester très clair du point de vue légal...aujourd'hui il y a du personnel qui fait des actions de soin et qui n'a pas les compétences pour le faire</i> »</p>	
<p>I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)</p>	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef de Médecine / « Je ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Au Dirigeant de l'Hôpital / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Chef de Médecine et le Dirigeant de l'hôpital est « symétrique / intimation ».
<p>II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)</p>	
1. Contexte :	Le contexte de travail du personnel de soins. La responsabilité légale assumée par les médecins face de leur espace d'action.
2. Ce qui est qualifié :	La loi de la médiation sur les possibles erreurs médicales. Les actions des personnels soins réalisées par personnel qui n'est pas accrédité pour le faire. « L'environnement professionnel de salarié ».
3. Personnes :	Les personnes concernées : le dirigeant, les médecins, les autres professionnels de la santé.
<p>III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)</p>	
<p>En fonction de quoi on qualifie : En fonction de l'interprétation qu'il a fait de la loi de la médiation, « la responsabilité des professionnels des soins, face aux négligences médicales ».</p>	
<p>À partir de qui on qualifie : De la conception que le Chef de Médecin se fait de l'espace d'action. De l'information que le Chef de Médecin a sur les contrôles des infections intra hospitalières.</p>	
<p>À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « l'hôpital n'est pas préparé pour faire face à l'accréditation ».</p>	
<p>Jugement de valeur : contenu prescriptif : « ...nous n'allons pas approuver..., très clair »</p>	
<p>IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive)</p>	
<p>Le verbe d'obligation : « falloir »</p>	
<p>V. Analyse de la fonction de la qualification : C'est un appel à diriger et à expliciter les actuelles conditions de travail à l'hôpital et leur impact chez les patients aux lignes hiérarchiques supérieures.</p>	
<p>VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les tâches prescrites pour le ministère Fonction : Enjeu du pouvoir / délimitation d'espace d'action</p>	

Situation 19 / 9.4 : Extrait de réunion, du 14 octobre 2008

<p>Le Chef de Pédiatrie : « <i>Les mauvaises pratiques c'est l'hôpital qui devra les payer et (non) pas la Direction Régionale de Santé. Par conséquent, nous devons nous préoccuper de faire les choses avec beaucoup d'attention. Nous devons commencer à remplir les fiches cliniques correctement, nous devons faire les consentements informés des patients... Tout ce qui n'est pas fait correctement va déséquilibrer le budget de l'hôpital. Si l'hôpital perd un procès, il devra payer et répondre avec son patrimoine, par exemple, face à des choses négatives comme les négligences médicales...</i> »</p>	
<p>I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)</p>	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef de Pédiatrie / « II ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Au Dirigeant de l'Hôpital / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Chef de Pédiatrie et le Dirigeant est « symétrique / assertive ».
<p>II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)</p>	
1. Contexte :	Le contexte de travail du médecin.
2. Ce qui est qualifié :	La non-exécution de la prescription indiquée dans les protocoles. « L'environnement professionnel ».
3. Personnes:	Les personnes concernées : le Dirigeant de l'Hôpital, les Chefs de Service, les Médecins.
<p>III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)</p>	
<p>En fonction de qui on qualifie : En fonction de l'interprétation qu'il fait de la loi de médiation, des responsabilités professionnels des soins face aux négligences médicales.</p>	
<p>À partir de quoi on qualifie : De la conception que le Chef de Pédiatrie se fait de l'espace d'action de soi-même et des autres médecins, ses collègues. « projection de l'espace d'action du personnelle de soins ».</p>	
<p>À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « la loi sur négligence médicale est une menace ».</p>	
<p>Jugement de valeur : contenu prescriptif : « mauvaises pratiques..., beaucoup..., correctement »</p>	
<p>IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe d'obligation : « devoir » et le verbe de processus matériel : « faire ».</p>	
<p>V. Analyse de la fonction de la qualification : C'est un appel à l'autoprotection professionnelle de l'espace d'eux mêmes et de l'hôpital.</p>	
<p>VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les tâches prescrites pour le ministère Fonction : Réduction de l'incertitude / problématisation</p>	

Situation 20 / 10.0 : Extrait de réunion, du 03 novembre 2008

Dirigeant: « <i>Il semble que le Directeur Régional de Santé est le représentant du Ministre, alors, il aurait les facultés de refuser le budget présenté par les hôpitaux aux autorités de la région. Donc, c'est une bonne raison pour que la réalisation du budget soit très fondée, puisque le Directeur Régional, pourrait manifester des objections et demander sa modification</i> »	
I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Dirigeant / « II ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Au Chef de Finances / « IIs ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Dirigeant et les Chef de Finances est « asymétrique / intimation ».
II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)	
1. Contexte :	Le contexte de travail du Directeur de l'hôpital. La prescription du rôle du dirigeant de l'hôpital et du Directeur Régional.
2. Ce qui est qualifié :	L'action du Directeur Régional et Directeur de l'Hôpital avec la formulation du Loi (N° 18.575). « L'environnement professionnel ».
3. Personnes :	Chef de Finances, Chefs de Services.
III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)	
En fonction de quoi on qualifie : En fonction de l'interprétation que le Directeur de l'hôpital a fait de la loi (N° 18.575, l'Hôpital avec auto gestion en Réseau).	
À partir de quoi on qualifie : De la conception que le Dirigeant se fait de son nouvel espace d'action.	
À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « Le contrôle externe a augmente ».	
Jugement de valeur : contenu descriptif : « ...il est le représentant..., c'est une bonne raison..., très fondée »	
IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe relationnel : « être » et le verbe d'obligation : « devoir »	
V. Analyse de la fonction de la qualification : C'est une forme indirecte d'indiquer que les frontières d'action du dirigeant diminuent.	
VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les tâches prescrites pour le ministère Fonction : Préservation d'image / légitimité du conduite de travail	

Situation 21 / 11.0 : Extrait de réunion, du 23 février 2009

Dirigeant : « Les résultats de l'accréditation des processus de contrôle des Infections Intra hospitalières (I.I.H.) sont très mauvais. La Sous-direction Médicale réunit les antécédents pour programmer une réunion et analyser l'évaluation de ce programme et pour travailler dans le planning de contingence que nous avons sollicité...la plus grande difficulté est le manque de supervision, probablement par la réduction de personnel, mais de toute façon il est réalisé mais avec une attitude très passive et de peu de collaboration de la part des chefs de service. Les Chefs de Service laissent passer beaucoup de situations irrégulières... Aussi, cette équipe de direction assume sa partie de responsabilité...»	
I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Dirigeant de l'Hôpital / « II ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Aux Chefs de Service / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Dirigeant et les Chefs de Service est « symétrique / assertive ».
II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)	
1. Contexte :	Le contexte du travail du personnel de soins. Le résultat de l'accréditation du processus de contrôles des Infections Intra hospitalières (IIH).
2. Ce qui est qualifié :	L'action du personnel de soin.
3. Personnes :	Les Chefs de Service.
III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)	
En fonction de quoi on qualifie : En fonction de l'interprétation qu'il a faite du rapport émit par la Commission d'accréditation du processus de contrôle des Infections Intra hospitalières.	
À partir de quoi on qualifie : De le rapport que le Dirigeant a reçu. De la conception que le Dirigeant se fait des causes de non accréditation des IIH.	
À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui «il est nécessaire de faire de changement important, on va partir par le Chef ».	
Jugement de valeur : contenu descriptif : « très mauvais..., la plus grande difficulté..., une attitude très passive »	
IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive)	
Le verbe relationnel : « être » et le verbe de processus matériel. « laisser »	
V. Analyse de la fonction de la qualification :	
Établir un lien avec autre problème que l'hôpital a l'engagement des Chefs de Service vers le contrôle des Infections Intra hospitalières.	
VI. Indicateurs de la fonction de la qualification :	
Objet de la qualification : Les activités opératoires qui sont fait pour des collaborateurs Fonction : Réduction de l'incertitude / problématisation	

Situation 22 / 12.1 : Extrait de réunion, du 11 mars 2009

<p>Dirigeant : « <i>Est-ce que vous avez compris la dépendance de gestion des lits ?...Pour moi, la dépendance de la gestion des lits, c'est quelque chose que je ne comprends pas dans la nouvelle structure de l'hôpital. Maintenant, je ne sais pas si elle est là pour des raisons pratiques ou professionnelles. Peut-être pour des raisons pratiques il reste sous la sous-direction de soins aux patients (dirigé par une infirmière). Mais je crois que la gestion des lits, pour des raisons professionnelles, devrait être sous la sous-direction médicale parce que la gestion des lits est en relation avec la fonction des médecins. Par exemple, les médecins peuvent suspendre la sortie du patient ; aussi ils décident de l'hospitalisation des patients</i> »</p>	
<p>I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)</p>	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Dirigeant de l'hôpital / « II ».
2. À qui s'adresse la qualification :	À la Sous - directrice de Gestion des Soins des Patients. / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Dirigeant et la Sous-directrice est « asymétrique / Interrogative ».
<p>II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)</p>	
1. Contexte :	Le contexte de travail de l'infirmière et du médecin.
2. Ce qui est qualifié :	L'analyse de la dépendance de gestion de lits dans la nouvelle structure de l'hôpital. « L'environnement professionnel ».
3. Personnes :	La Sous-directrice de Gestion des Soins des Patients et les Chefs de Service.
<p>III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)</p>	
<p>En fonction de quoi on qualifie : A partir de ce qu'il y a dans le mémoire collective sur les lits comme indicateur de territoire du médecin.</p>	
<p>À partir de quoi on qualifie : De la conception que le Dirigeant se fait de l'espace d'action de l'infirmière et du médecin. Les lits comme une expression territoriale des médecins.</p>	
<p>À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui «la dépendance de l'unité de gestion des lits de la sous direction d'infirmière n'est pas bonne ».</p>	
<p>Jugement de valeur : contenu descriptif : « c'est quelque chose..., pour des raisons pratiques ou professionnelles... »</p>	
<p>IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive)</p> <p>Le verbe d'obligation : « devoir »</p>	
<p>V. Analyse de la fonction de la qualification :</p> <p>Préservation d'espaces de pouvoir, les lits comme une expression territoriale. Des luttes de pouvoir entre le médecin et l'infirmière.</p>	
<p>VI. Indicateurs de la fonction de la qualification :</p> <p>Objet de la qualification : Les tâches prescrites pour le ministère Fonction : Enjeu du pouvoir / lutte de conservation du pouvoir</p>	

Situation 23 / 12.2 : Extrait de réunion, du 11 mars 2009

<p>Sous-directrice : « <i>À mon avis, l'unité de gestion des lits me semble très logique dans l'organigramme, dans la gestion des lits participent l'infirmière et les médecins. Il y a une partie médicale, comme la résolution médicale, qui a l'intention de résoudre le problème de santé du patient, et d'autre côté l'infirmière est responsable de l'optimisation du recours lit et la catégorisation du patient. C'est-à-dire, qu'il faut décider dans quel type de lit restera le patient</i> ». (Il existe quatre types de lits).</p>	
<p>I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)</p>	
1. Place de l'agent qui qualifie :	À la Sous - Directrice de Gestion des Soins des Patients / « Je ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Le Dirigeant de l'hôpital / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre la Sous-directrice et le Dirigeant est « asymétrique / interrogative ».
<p>II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)</p>	
1. Contexte :	Le contexte de travail de l'Infirmière et du Médecin.
2. Ce qui est qualifié :	L'analyse de la dépendance de gestion de lits dans la nouvelle structure de l'hôpital. « l'environnement professionnel ».
3. Personnes :	La Sous-directrice de Gestion des Soins des patients et les Chefs de Service.
<p>III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)</p>	
<p>En fonction de quoi on qualifie : En fonction de ce que la Sous-directrice interprète de la prescription de la nouvelle espace d'médecin du médecin.</p>	
<p>À partir de quoi on qualifie : De la conception que la Sous – directrice se fait de la gestion des lits.</p>	
<p>À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui «les infirmières auront responsabilité différentes face à la gestion des lits »</p>	
<p>Jugement de valeur : contenu prescriptif : «...très logique... »</p>	
<p>IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive)</p>	
<p>Le verbe de processus matériel : « sembler »</p>	
<p>V. Analyse de la fonction de la qualification :</p>	
<p>Préservation d'espaces de pouvoir, les lits comme une expression territoriale. Des luttes de pouvoir entre le médecin et l'infirmière.</p>	
<p>VI. Indicateurs de la fonction de la qualification :</p>	
<p>Objet de la qualification : Les tâches prescrites pour le ministère Fonction : Enjeu du pouvoir / lutte de conservation du pouvoir</p>	

Situation 24 / 13.0 : Extrait de réunion, du 18 mai 2009

Dirigeant : « Il n'y a pas de doute qu'avec l'infrastructure que nous avons, il sera impossible de s'acquitter de ces règles de qualité. Sur ce processus de qualité n'influe pas seulement l'équipement, mais aussi il est nécessaire de disposer de la normalisation de l'établissement. Par rapport à la qualité professionnelle « la judicialisation » a eu une influence sur la médecine ».	
I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Dirigeant de l'Hôpital / « Il ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Au Chef de Qualité / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Dirigeant et la Chef de Qualité est « asymétrique / assertive ».
II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)	
1. Contexte :	Le contexte de travail à l'hôpital, face à la mise en place des normes de qualité.
2. Ce qui est qualifié :	L'infrastructure physique de l'hôpital face à la certification de qualité de l'action du personnel de soins.
3. Personnes :	La Chef de qualité, les Chefs de Service.
III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)	
En fonction de quoi on qualifie : En fonction de ce qu'il y a dans le mémoire collective sur la qualité de l'infrastructure de l'hôpital.	
À partir de quoi on qualifie : De l'information que le dirigeant a des limitations de l'hôpital pour mettre en place des Normes Techniques de Qualité.	
À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « il est nécessaire changer l'infrastructure de l'hôpital ».	
Jugement de valeur : contenu prescriptif : « impossible..., a eu une influence sur »	
IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe de processus matériel : « avoir »	
V. Analyse de la fonction de la qualification : Établir une relation avec un autre problème de l'hôpital ; la faiblesse de l'infrastructure physique de l'hôpital.	
VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les tâches prescrites pour le Ministère Fonction : Réduction de l'incertitude / problématisation	

Situation 25 / 14.0 : Extrait de réunion, du 21 mai 2009

<p>Dirigeant : « <i>Nous avons beaucoup à faire pour le contrôle des infections intra hospitalières. Le contrôle des infections intra hospitalières est un très important défi. Nous avons demandé à Mme «. », qui prendra le poste du service de stérilisation. Elle a des compétences que la charge requiert. Elle est Technologue Médical et elle est techniquement la plus préparée pour occuper le poste. Vous savez que la loi dit que le poste ne peut pas nécessairement être occupé par des infirmières, il peut aussi être occupé par des kinésithérapeutes ou des Technologues Médicaux,.... J'espère que vous allez coopérer... ».</i></p>	
<p>I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)</p>	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Dirigeant de l'hôpital / « II ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Au personnel technique qui travaille dans le service de stérilisation. « Vous ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Dirigeant et le personnel technique est « asymétrique / assertive ».
<p>II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)</p>	
1. Contexte :	Le contexte de travail où est réalisée la stérilisation du matériel et des instruments cliniques.
2. Ce qui est qualifié :	L'action du personnel de Service de stérilisation.
3. Personnes :	Le personnel technique et le nouveau chef du service de stérilisation.
<p>III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)</p>	
<p>En fonction de quoi on qualifie : En fonction de l'interprétation qu'il a fait des résultats obtenus dans l'hôpital dans l'accréditation du contrôle des infections intra hospitalières.</p>	
<p>À partir de quoi on qualifie : De la conception que le Dirigeant se fait de l'importance de l'action de service de stérilisation dans le contrôle des infections intra hospitalières.</p>	
<p>À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui «le contrôle des infection intra hospitalières dépend en grand partie de vous».</p>	
<p>Jugement de valeur : contenu prescriptif : « beaucoup à faire..., très important..., techniquement la plus préparée... »</p>	
<p>IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive)</p>	
<p>Le verbe de processus matériel : « avoir » et le verbe relationnel : « être »</p>	
<p>V. Analyse de la fonction de la qualification :</p>	
<p>Donner légitimité à la nouvelle Chef du Service de Stérilisation et motiver le personnel pour obtenir l'engagement avec l'activité.</p>	
<p>VI. Indicateurs de la fonction de la qualification :</p>	
<p>Objet de la qualification : Les activités opératoires qu'il faut faire à l'hôpital Fonction : Réduction de l'incertitude / problématisation</p>	

Situation 26 / 15.0 : Extrait de réunion, du 18 juin 2009

Dirigeant : « <i>Il y a beaucoup de doutes de notre part, vous avez des doutes, aussi le personnel a des doutes sur la mise en place de ce système. Mais il y a des gens qui finissent par se désintéresser du nouveau processus et je dis qu'ils deviennent désintéressés, parce que la semaine dernière un Chef de Centre de Responsabilité a rencontré un professionnel (médical) et quand lui, (il) a parlé de cette nouvelle méthodologie par le Centre de Responsabilité, il a fait comme s'il ne savait rien et moi je sais que cette personne a reçu des informations</i> »	
I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Dirigeant de l'Hôpital / « Je ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Aux Sous-directeurs et les Chefs de Centre de Responsabilité / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre eux est « symétrique / intimité ».
II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)	
1. Contexte :	Le contexte de travail des Chefs de Centre de Responsabilité.
2. Ce qui est qualifié :	La mise en place d'une nouvelle forme d'organisation de la fonction administrative de l'hôpital. « l'environnement professionnel ».
3. Personnes :	Les Chefs de Centre de Responsabilité.
III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)	
En fonction de quoi on qualifie : En fonction de l'interprétation que le dirigeant a faite de la prescription du Ministère de Santé et des l'information obtenue du Chef de Centre de Responsabilité.	
À partir de quoi on qualifie : De l'information que Dirigeant a sur la nouvelle organisation de l'hôpital et de la conception qu'il se fait des nouvelles espace d'action à l'hôpital.	
À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui «il est nécessaire de faire une changement du travail ».	
Jugement de valeur : Contenu prescriptif : « beaucoup »	
IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe existentiel : « il y a »	
V. Analyse de la fonction de la qualification : C'est une interpellation pour défendre l'image de l'hôpital face à la nouvelle façon d'organiser l'hôpital.	
VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les tâches prescrites pour le ministère Fonction : Réduction de l'incertitude / problématisation	

Situation 27 / 16.0 : Extrait de réunion, du 25 juin 2009

<p>Chef de Pédiatrie : « <i>L'hôpital de la ville devrait être de haute complexité, mais dans la pratique il ne l'est pas, les ressources que nous avons ne correspondent pas à cette catégorie. Je ne comprends pas la haute complexité de cet hôpital, par exemple il n'y a pas de lits de soins intensifs pour les enfants. Maintenant, nous devons faire en sorte de programmer comme pour un vrai hôpital de haute complexité. Par conséquent, dans le nouveau projet il faut incorporer les ressources conformément à la catégorie d'hôpital qui est construit</i> ».</p>	
<p>I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)</p>	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef de Pédiatrie / « Je ».
2. À qui s'adresse la qualification :	Au Dirigeant et les Chefs de Service / « Ils ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Chef de Pédiatrie et le Dirigeant est « symétrique / assertive ».
<p>II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)</p>	
1. Contexte :	Le contexte de planification de la construction du nouvel hôpital.
2. Ce qui est qualifié :	L'action de planification de la production pour le nouvel hôpital.
3. Personnes :	Le Dirigeant et les Chefs de Service.
<p>III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)</p>	
<p>En fonction de quoi on qualifie : De l'interprétation que le Chef de Pédiatrie a faite de qu'a exprimé le personnel du Département de Biens Physiques et de qu'il y a dans la mémoire collective en relation à la construction du nouvelle hôpital.</p>	
<p>À partir de quoi on qualifie : De la conception que le Chef de Pédiatrie se fait du nouvel hôpital pour la ville. De ce que le personnel du Département de Biens Physiques de la Région du Maule a exprimé.</p>	
<p>À partir de quoi on requalifie : De la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « l'hôpital qui sera construit devra contempler l'équipement selon les besoin du territoire où il est ».</p>	
<p>Jugement de valeur : contenu descriptif : « de haute..., ne correspond pas... »</p>	
<p>IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive)</p>	
<p>Le verbe d'obligation. « devoir »</p>	
<p>V. Analyse de la fonction de la qualification :</p>	
<p>C'est un appel à diriger pour le dirigeant, c'est –à-dire d'établir les bases pour la construction du nouvel hôpital, vis-à-vis la Direction Régionale.</p>	
<p>VI. Indicateurs de la fonction de la qualification :</p>	
<p>Objet de la qualification : Les tâches prescrites pour le ministère Fonction : Préservation d'image / légitimité du conduit de travail</p>	

Situation 28 / 17.0 : Extrait de réunion, du 30 juin 2009

Chef de Chirurgie « <i>Là tu favorises une grave erreur, il ne faut jamais le faire encore. Tu appelles le docteur (traumatologue) et tu lui dis ce qui s'est passé ici. Tu vas au département du personnel pour demander son numéro de téléphone</i> »	
I. Le contexte social de la qualification (discursive et sociale)	
1. Place de l'agent qui qualifie :	Le Chef de Chirurgie / « Je ».
2. À qui s'adresse la qualification :	À l'infirmière. / « Tu ».
3. Relation sociale dans laquelle se fait la qualification :	La relation entre le Chef de Chirurgie et l'Infirmière est « asymétrique / intimation ».
II. Objet de la qualification (sociale et pragmatique)	
1. Contexte :	Le contexte de travail du Chef de Service de Chirurgie.
2. Ce qui est qualifié :	L'action de l'Infirmière.
3. Personnes :	Les personnes concernées : l'Infirmière, les Médecins.
III. Analyse de l'acte de qualification (mentale et discursive)	
En fonction de quoi on qualifie : En fonction de la nécessité de donner un cadre interprétatif à autrui, qui sera une présupposition pour autrui « Les médecin ne font pas bien sont travail, mais ce n'est pas moi qui l'a dit c'est toi».	
À partir de quoi on qualifie : À partir de la conception que le Chef de Chirurgie se fait des espaces d'action des uns et des autres.	
À partir de quoi on requalifie : À partir que dit l'infirmière et de ce qu'il y a dans le mémoire collective sur la préservation des relations professionnelles de collègues.	
Jugement de valeur : contenu prescriptif : « ...une grave erreur... il ne faut jamais le faire encore ...»	
IV. Les modalités discursives de l'acte de qualification (discursive) Le verbe relationnel : « favoriser » et le verbe d'obligation : « falloir »	
V. Analyse de la fonction de la qualification : C'est une interpellation, une façon indirecte de demander à l'infirmière d'informer ce qu'est arrivé avec le but de préserver les relations professionnelles de collègues.	
VI. Indicateurs de la fonction de la qualification : Objet de la qualification : Les activités opératoires qui sont fait pour des collaborateurs Fonction : Enjeu du pouvoir / protection entre collègues	

2 Transcription de l'activité discursive des acteurs dans le cours de réunions de travail (espagnol)

Situación de Calificación N° 1

FECHA Y HORA : 24 de marzo 2008. Entre las 10:00 y 12.00 horas

PRESIDE : Director del Hospital

ASISTEN : Jefa de Finanzas, Director del Hospital.

Reunión breve de preparación de la reunión de presentación de la cuenta pública en donde estará presente el Director del Servicio de Salud del Maule, organismo del cuál depende el hospital.

Directora de Finanzas: ..no podemos desconocer que estamos regulados por el Servicio de Salud, y a nivel macro por el Ministerio de Salud, pero el problema que tenemos es que el Ministerio de Salud da los cargos directivos y todo el presupuesto de recursos humanos a la Dirección de Salud (Región del Maule, a la cual pertenece el Hospital de Curicó) y ésta reparte los recursos de acuerdo a la necesidad de cada hospital, pero de acuerdo a criterios que ellos estimen convenientes, los que son totalmente discrecionales. La Unidad de Tratamiento Intermedio, allá arriba con 16 camas, con la infraestructura totalmente terminada, totalmente equipada, pero sin personal y ese proyecto lo comenzamos a trabajar el año 2005, y yo sé, si le corresponde a una persona de la Dirección Regional asignar los cargos o es el ministerio quién los debiera asignar.

Director del Hospital: Hoy día le vamos a pedir autorización al Director Regional para ver si nosotros podemos acceder en forma directa al ministerio a plantearle la situación.

Directora de Finanzas: A él le tiene que quedar claro que nosotros mostramos una situación distinta al resto de los hospitales de la región, no sólo pedimos, nosotros decimos tenemos esto y nos falta esto, no somos como los otros hospitales que dicen no tengo Unidad de Tratamiento Intermedio, tienen que darme toda la Unidad de Tratamiento Intermedio.

Situación de Calificación N° 2

FECHA Y HORA : 28 de marzo 2008. Entre las 10:00 y 12.00 horas

PRESIDE : El Director del Hospital

ASISTEN : Autoridades Regionales, Representantes de la Comunidad, Jefes de Servicios y Dirigentes Gremiales.

Director del Hospital: Bueno, en primer lugar decirles qué entendemos por cuenta pública en el hospital. Es un compromiso que da cuenta de los logros institucionales y del cumplimiento de las políticas sociales, permitiendo la participación social y el control ciudadano.....Sin duda cabe destacar la importante labor que hace la comunidad a través de las distintas organizaciones. Tenemos una colaboración muy valiosa de la comunidad, representada en la participación de nuestro voluntariado en el hospital (agrupaciones femeninas, legalmente constituidas que ayudan a los pacientes hospitalizados en forma: espiritual, social y material), damas de amarillo, damas de rojo, rosado. Ellas ameritan un capítulo aparte en esta cuenta pública, su aporte es fundamental en nuestras actividades habituales, ellas están haciendo un gran aporte a lo que está haciendo el hospital, sin ustedes no podríamos hacer las cosas que estamos haciendo porque en salud los recursos siempre son escasos, así que valla para ustedes mis felicitaciones y agradecimiento por la labor que están haciendo en beneficio de la comunidad.

Director del Servicio de Salud del Maule: Es la primera cuenta pública que está haciendo el Servicio de Salud del Maule, la del hospital de Curicó. Es una obligación que se estableció hace bastantes años, nosotros tenemos el deber de mostrar de cómo se están haciendo las cosas y también mostrar las dificultades que hemos tenido , los recursos que estamos gastando, en el fondo ser transparente frente a la comunidad y frente a las instituciones que observan lo que hacemos, también frente a las instituciones políticas.

Sin duda la descripción que hizo el director de las tareas que están haciendo las organizaciones de la comunidad a través de las damas de distintos colores, su labor es fundamental en el quehacer del hospital.....

Tenemos algunos temas tareas pendientes, sin duda, estamos resolviendo este problema de las camas TIM (Tratamiento Intensivo Intermedio), estamos destinando los recursos que lamentablemente en la formulación del proyecto no se consideraron a tiempo, que estuviesen los recursos disponibles y ya estamos tomando la decisión para destinar los recursos al hospital y se llame rápidamente a concurso de estos cargos, de médicos, enfermeras, auxiliares, etc...

Situación de calificación N° 3

FECHA Y HORA : 31 de marzo 2008. Entre las 09,30 - 10.30 Horas.

PRESIDE : Director del Hospital

ASISTEN : Jefes de Servicios Clínicos, Administrativos y Subdirectores.

Enfermera Jefe de Gestión del Cuidado: (Realiza la presentación de la Norma General Administrativa N° 19 “Gestión de Cuidados de Enfermería”, al iniciar la presentación ella indica lo siguiente:),

El Modelo de Gestión está en el Marco del Nuevo Modelo de Atención de Salud, y su objetivo es implementarla en los Establecimientos de alta y mediana complejidad de la atención cerrada. Esta Gestión del Cuidado de Enfermería, debe estar representada en el nivel directivo del Establecimiento, y a cargo de una profesional Enfermera.

Director del Hospital: Tenemos que evaluar la creación de esta subdirección de enfermería, en el Hospital de Linares ya se creó, pero no ha funcionado bien. Porque, no existe límites de responsabilidad y no está definido con quién el médico se tiene que relacionar para ver si lo están haciendo bien o mal y de algún modo cambiar el esquema de tratamiento.

Jefe de Pediatría: Porque una vez que se crea una unidad como ésta, se complica todo, las responsabilidades profesionales no quedan bien definidas, qué pasa si el tema de atención a un paciente, pasa a judicial, ¿de quién es la responsabilidad?. Yo voy a decir que yo como médico no tengo responsabilidad, porque hay una estructura en una norma ministerial, ¡atención!, es una ley que es

interpretada por los ciudadanos del Ministerio de Salud, y que seguramente no han estado nunca en los hospitales haciendo diagnóstico.

Tengo un caso, hoy día por ejemplo, en mi servicio hay una enfermera embarazada, en la sala especial, tenemos que advertirlo o dejamos que la Jefa de las Enfermeras, va a colocar una persona experta para reemplazarla y estoy seguro que van haber problemas, porque van a cambiar las normas y “ donde manda capitán, no manda marinero”, entonces frente a un problema con el paciente, ¿el Jefe de Servicio se va a lavar las manos?, ¿el médico que atiende la sala se va lavar las manos?, la verdad es que la ley tal como está definida no se los permite.

Jefe de Anatomía Patológica: Porque lo que están planteando no debe ser, va en contra del sentido común y punto. El tema es cómo responder frente al paciente, el responsable final es el médico.

Jefe de Urgencia: Creo que la enfermera forma parte de un equipo de salud y ese equipo de salud debe ser liderado por el médico. Ahora lo que sí me parece lógico es coordinar tempranamente, coordinar todos los aspectos técnicos propios de enfermería para que sean uniformes en un establecimiento determinado y no que cada uno de los servicios clínicos tenga un manejo de enfermería desde el punto de vista técnico distinto, creo que esa es una función muy importante, que es normalizar los aspectos propios y que tiene que ver con uniformar aspectos administrativos y que un servicio clínico no tenga más recursos que otro.

Por lo tanto no creo que el tema sea que frente al paciente la enfermera se maneje por su cuenta y el médico por otro lado.

Enfermera Jefe: En general la aplicación de esta norma tiene como único objetivo apunta a mejorar la calidad del servicio que se le entrega al paciente desde la función de enfermería. Abarca a la institución como hospital, pero para poder gestionar mejor el recurso humano de enfermería, los insumos clínicos, el manejo de los distintos protocolos, de normas técnicas. En el fondo, el único objetivo es dar una uniformidad a todos los procesos de atención al paciente.

Director del Hospital. Es una norma que desde que yo la leí, yo dije que era demasiado generalizada. Esta es una norma, que no especifica bien cuál es el rol

de la enfermera y del médico frente al paciente, no delimita responsabilidades. Yo creo que ha sido interesante la discusión que hemos hecho de esta norma, pero usted puede ver que hay que reflexionar bastante antes de implementarla. Tenemos que socializarla aún más y tener los argumentos suficientes, para decidir si la implementamos siguiendo los lineamientos del Ministerio o de acuerdo a nuestra realidad.

Situación de calificación N° 4

FECHA Y HORA : 07 de abril 2008. Entre las 09,30 - 10.30 Horas.

PRESIDE : Director del Hospital

ASISTEN : Jefes de Servicios Clínicos, Administrativos y Subdirectores.

Jefe de Farmacia: Hace cuatro consejos anteriores el Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos, planteó el tema sobre la gran cantidad de avisos y carteles que se encuentran en los pasillos del hospital. Es verdad que se ha mejorado, han surgido lugares bien habilitados con carteleras para ello, pero así y todo aún se ve feísimo, plagado de información en los pasillos, información presentada en forma desorganizada y eso afea mucho el ambiente y se presenta el hospital con un desorden visual. Y lo otro que me preocupa, es, ¿qué pasa con las ventas de productos al interior del hospital?.

Director del Hospital: La verdad es que no hemos avanzado mucho, la idea de la dirección era sancionar a los funcionarios que estaban comprando productos al interior del hospital, pero todavía no encontramos el apoyo jurídico para poder hacerlo.

Yo les pido a los Jefes de Servicio su colaboración, éste no es un tema menor, la verdad que es una práctica muy difundida y no solamente de gente externa del hospital, también de funcionarios del hospital. Un jefe de servicio me envió una nota en donde me indica que sorprendió a una profesional del hospital vendiendo joyas en su oficina. Que queda, los profesionales que debemos dar el ejemplo y nos comportamos así.

El Asesor Jurídico está preparando una minuta al respecto, de modo de eliminar esta actividad que causa gran distracción a nuestros funcionarios. Lo anterior ayudará al mejoramiento de nuestra imagen ante nuestros usuarios y la comunidad en general. Respecto a este mismo tema, Servicios Generales está disponiendo instrucciones a los Guardias de Seguridad para no dejar entrar a los vendedores ambulantes al interior del Hospital.

Jefe de Farmacia: Por eso el tema se le planteó a Usted en el Consejo anterior, esto no es un tema menor y en mi opinión los jefes de servicio se deben preocupar de este tema.

Situación de calificación N° 5

FECHA Y HORA : 14 de abril 2008. Entre las 09,30 - 10.30 Horas.

PRESIDE : Director del Hospital

ASISTEN : Jefes de Servicios Clínicos, Administrativos y Subdirectores.

Jefe de UCI: Se inició la campaña “Sobreviviendo Sepsis”, campaña organizada por la Sociedad Europea de Medicina Intensiva, la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos y el Foro Internacional de Sepsis, con el propósito de mejorar el diagnóstico, tratamiento y sobrevida de los pacientes. En nuestro país el Ministerio de Salud firmó un convenio para poner en marcha esta campaña. Se escogieron Hospitales pilotos: 4 en Santiago y 4 en regiones, siendo nosotros uno de los escogidos. El objetivo de esta Campaña es llegar a reducir el 25% de la mortalidad por este diagnóstico. En nuestro hospital, dentro de todas las medidas que se deben tomar, está la de contar con el medicamento “...” que es de un alto costo, el que tendría que estar en farmacia para inicio de tratamiento inmediato.

Jefe de Pediatría: Todo lo que es factible de hacer y si está estudiado hay que presentarlo. Pero mirándolo desde la perspectiva de la Unidad de Cuidado Intensivo, claro yo entiendo, pero mirándolo desde el punto de vista clínico, una de las cosas que uno no puede olvidar es la vida, tanto el Ministerio como el hospital, tenemos que buscar la mejor calidad de vida para los enfermos, bueno también nos tenemos que hacer cargo de la muerte. Bueno, yo creo que quedó muy marcado, nosotros tenemos grandes tareas y una de ellas es cómo mejorar la

calidad de vida a un diabético por ejemplo, y ahí hay que meter toda la mano también y ahí está el problema tenemos dos manos solamente y muchos problemas por resolver y uno de ellos el que tú vienes a planear aquí. Yo sé que hemos tenido grandes impulsos de crecimiento, pero a veces se nos quedan cosas atrás como ésta.

Jefe UCI: Los hospitales que han logrado reducir la mortalidad de esta patología, ninguno gastó más plata, ninguno gastó más personal. Sino que desde el punto de vista de urgencia se organizaron para enfrentar una situación como ésta, todos son hospitales públicos, lo único que hicieron fue reordenando y responder de una forma distinta al evento, salvo el medicamento “...” que nosotros sabemos que tiene un alto costo lo deberíamos tener disponible por protocolo. Es decir, no va a significar un gasto adicional y lo más probable es que ni siquiera lo usemos, en lo personal incluso yo tengo mis reparos respecto a su verdadera eficacia.

Jefe de Medicina: Yo comparto lo que dices, el tema pasa por mejorar el diagnóstico, es decir hacerlo en forma menos atrasada, y si todos nos colocamos la mano en el corazón, esto es fácil de resolver, basta con tener una visión clara, cuantificar bien, incluso con una “amigdaliti”, ver si están algunos criterios señalados ahí, pero no llegar al diagnóstico cuando el paciente desde punto de vista clínico está en malas condiciones. Eso significa que todo el equipo de salud que atiende al paciente tenga una visión clara e integral de los procesos, por ejemplo, si a las 10:30 de la mañana hay que tomar un “cuadro de alergia” y el médico está atendiendo pacientes en el policlínico, bueno que la enfermera lo tome, y si hay problemas avisarle al médico residente y no sólo que la responsabilidad recaiga en el médico que está atendiendo el paciente.

Jefe de Anatomía Patológica: Lo que acaba de decir el doctor es un hecho. Yo creo que muchos de los problemas que se generan como acaba de decir el doctor, es por falta de coordinación, y si nos acostumbráramos a diseñar procesos que coordinen los factores clínicos, de los distintos servicios a través de procesos y que muchas veces tienen que ver con aspectos administrativos, por ejemplo mantener un stock crítico de medicamento, que laboratorio cumpla con su parte, de tal manera todos conozcan, así se definiría un sistema conocido y con el

acuerdo de todos, de tal forma que puedan dar respuesta oportuna a nuestros requerimientos, eso ayudaría en el cumplimiento, con los procedimientos establecidos en los protocolos críticos, así evitaríamos fallas, nosotros sabemos que cada falla genera un aumento de riesgo de vida de los pacientes.

Situación de calificación N° 6

FECHA Y HORA : 21 de abril 2008. Entre las 09,30 - 10.30 Horas.

PRESIDE : Sub -Director Médico.

ASISTEN : Jefes de Servicios Clínicos, Administrativos y Subdirectores.

Sub - Director Médico: El Director y varios profesionales del equipo directivo viajaron hoy a Curepto para supervisar y apoyar la puesta en marcha y la atención en ese Hospital, noticia ampliamente difundida a nivel de todos los medios de comunicación social, los que además nos han tratado de involucrar también como un montaje el tema de la Unidad de Cuidados Intermedio (TIM) de este Hospital.

El TIM se terminó de construir hace unos cinco meses, cuenta con todo su equipamiento, faltando actualmente sólo el personal para dar inicio a su funcionamiento, recursos humanos que ha sido solicitado en múltiples oportunidades y que en este momento se ha autorizado el personal para el funcionamiento de ocho de las 16 camas: 2 Médicos 22 horas, 6 Enfermeras, 9 Paramédicos, para lo cual se está realizando el llamado a concurso para los cargos señalados.

Respecto al TIM., el Hospital no puede contentarse con las ocho camas, se debe insistir en la autorización de las 16 camas, para no aparecer ante la comunidad y medios de difusión que nos conformamos con las ocho camas autorizadas. Sin perjuicio de exigir por escrito el funcionamiento del total de estas camas, sería importante invitar a este Consejo al Director y Subdirectora de la Dirección Regional del SSM., para darles a conocer que el TIM del Hospital de Curicó, va a funcionar con ocho camas y que las restantes quedan sin funcionar por no contar con la autorización de los RR.HH, para que se insista ante el Nivel Central.

Jefe de Pediatría: Falta mucho para que el TIM pueda funcionar, es necesario aumentar el personal, y ante ello la Dirección Regional es un gran problema, es ella la que acumula los antecedentes y distribuye los cargos y no podemos desconocer que no existido inequidad en la región para distribuir los cargos. Hoy día es la oportunidad para golpear la mesa, es necesario plantear la situación a la Dirección Regional, con todos los antecedentes, nos tienen que dar las 16 camas. La dirección del hospital necesita ayuda, hoy día es importante pedir las 16 camas, las necesitamos por norma. El Hospital de Curicó progresa por crisis, tenemos que plantearnos un desafío, el Director Regional debe ser un médico Curicano.

Sub Director Médico: El tema principal que vamos a trabajar en esta reunión, es para darles a conocer el trabajo realizado por el Comité de Gestión con relación a los Centros de Responsabilidad y el nuevo Organigrama del Hospital.

Jefe de Auditoría Clínica: Al Comité de Autogestión se han ido integrando otros profesionales, algunos en forma voluntaria, ya que para iniciar esta gestión es necesario que todos participemos en forma activa. “La autogestión” es un cambio drástico en la gestión del establecimiento, es una modificación, que se llamará Autofinanciamiento. Esta autogestión también otorga autonomía en las decisiones del Director. Se deben generar recursos para el funcionamiento del Establecimiento, Tenemos que generar recursos para pagar nuestros sueldos, insumos, realizar inversiones. Es necesario aprender a optimizar nuestros recursos como también aumentar nuestra productividad, lo que se consigue trabajando con una visión común”.

Sub Director Médico: lo presentado anteriormente, se refirió a cómo definimos la macro estructura del Hospital Autogestionado y cómo se elaboró la obtención de datos para el presupuesto del año 2009, lo que no se hará de la misma manera a contar de los próximos años, ya que esto se realizará desde cada Centro de Responsabilidad ; además nuestro trabajo a continuación de éste, consistirá en dar la estructura y poner en funcionamiento los Centros de Responsabilidad y los

Centros de Costos, los que estarán a cargo de los Jefes de Servicios Clínicos a quienes se reitera la mayor colaboración en esta tarea.

Jefe de Medicina: Desde el punto de vista institucional y práctico, todo lo que tenga que ver con las decisiones ¿existe límite de las funciones de cada uno?.

Jefe de Farmacia: Si la estructura expuesta es una propuesta, desde el punto de vista de procesos se aprecia que no está bien estructurado, lo que produce desconcierto. De acuerdo a lo que se aprecia en Organigrama, no me parece que el CRS se presente Centro de Responsabilidad, y ¿dónde se incluye la Farmacia?, ya que farmacia tiene roles distintos tanto en la atención del CRS como en la parte de hospitalizados. Respecto al Centro de Responsabilidad Diagnóstico y Apoyo Terapéutico, este debe denominarse Centro de Responsabilidad Apoyo Diagnóstico y Terapéutico y no como se indica.

Jefa de atención abierta: El CRS no hace productos finales, estos son entregados por los Centros de Costos. El Servicio de Farmacia cumple las funciones de apoyo, por lo que los medicamentos cumplen la función de mejorar al paciente que es el producto final, por lo tanto el CRS es sólo considerado como infraestructura.

Situación de calificación N° 7

FECHA Y HORA : 02 de Junio 2008. Desde 09:35 - 10:35 Horas.

PRESIDE : Director del Hospital

ASISTEN : JEFES DE SERVICIOS CLINICOS, ADMINISTRATIVOS Y
SUBDIRECTORES.

Director del Hospital: En primer lugar informarles de la reunión del viernes de finalización de visita de Acreditadores del MINSAL, en la que se nos comunicó algunas falencias, siendo lo más destacado, la falta de funcionamiento de los Centros de Responsabilidad. El informe definitivo será enviado por la Comisión de Acreditación, vía conducto regular. La próxima visita corresponde en el 2010.

Jefe de Pediatría: Me preocupa, que cada año recibamos acreditadores con diferentes criterios de validación, nos objetaron indicadores dados por buenos en visita del año anterior. Yo creo que lo más importante es tener instancias para efectuar nuestras propias revisiones y correcciones de lo que se está realizando.

Jefe de Medicina: No ha existido la capacidad de crear los Centros de Responsabilidad. Falta información oportuna; nosotros necesitamos conocer cuales son los productos, para ver las brechas. Por lo tanto, es necesario conocer las responsabilidades que les compete a los Jefes de Servicios en los Centros de Responsabilidad, los Jefes de Servicios no tenemos formación para llevar a cabo este nuevo compromiso.

Subdirectora Administrativa: Los Centros de Costos, los Jefes de Servicio en un principio conozcan lo que está ocurriendo, deben tener cartera de servicio; saber cuáles son las acciones o prestaciones que pueden realizar con el personal que tienen, la capacidad instalada en equipamiento y los insumos con que cuentan; por otro lado se les informa el valor a cancelar por cada una de sus actividades con el fin que puedan trabajar con un presupuesto acotado.

En la unidad de Recursos Humanos, se encuentran disponibles los datos con respecto a personal, ausencias por vacaciones, licencias médicas, días administrativos, capacitación, etc., por servicio, por estamento, información relevante y de calidad para determinar costos y presupuesto por acciones.

Jefa de Atención abierta: Comparto la preocupación de todos, pero es preciso que los Jefes de Servicio conozcan todo lo que se realiza en su Unidad, debido a que en Agosto de este año se confeccionará el presupuesto que nos será asignado.

Director del Hospital: Yo creo que se ve la necesidad de realizar capacitación en el tema, ya que de las indicaciones señaladas en acreditación del año pasado, éstas fueron aplicadas y logramos mejorar algunas cosas.

Situación de calificación N 8

FECHA Y HORA : 03 octubre 2008 - 09,30 - 10:30 Horas

PRESIDE : Director del Hospital

ASISTEN : Jefes de Servicios Clínicos, Administrativos y Subdirectores

Director del Hospital: Les informo sobre Taller de Autogestión convocado por la Dirección del Servicio para el día 23 de Octubre del presente, al cual asistieron la mayoría de ustedes y que contó con la presencia de la Dra. Alarcón y del Dr. Cleofe Molina del Ministerio de Salud; oportunidad en la que se presentaron los avances de cada establecimiento que pasarán a ser Hospitales Autogestionados a partir del 01 de Enero del 2009.

Nosotros dimos a conocer nuestro avance respecto a estructura administrativa, a la planificación estratégica.

¿Hay alguna pregunta con respecto a lo que se presentó?

(no hay preguntas).

Director del Hospital: Es verdad que si bien es cierto, que hemos socializado, hemos trabajado y finalmente hemos definido la nueva estructura para el hospital, también hemos pensado en una estructura tentativa en función de la modernización del hospital.

Sin embargo, yo creo que quedan muchas dudas, quedan muchas inquietudes, quedan muchas cosas que a lo mejor los “Jefes de Servicio” no están de acuerdo, muchas veces nosotros podemos cuestionar muchas cosas, pero antes que todo pertenecemos a un servicio público, pertenecemos al servicio de salud, de ellos recibimos directrices y por lo tanto de alguna forma tenemos que ir cumpliéndolas, viendo cómo lo podemos hacer mejor en concordancia con nuestra realidad local y la verdad quiénes participamos de esta nueva estructura administrativa, la hemos hecho de acuerdo a nuestra realidad local. Lo pudimos ver en la reunión que tuvimos el jueves pasado en el Servicio de Salud. Nuestra estructura es totalmente diferente a cómo lo plantea el Hospital de Talca o el Hospital de Linares, cuál es mejor, cuál es peor no lo podemos saber.

Lo que tenemos que ver es lo que nosotros hemos diseñado, lo podemos cuestionar, lo podemos criticar, podemos analizarlo bajo distintos puntos de vista, pero no podemos destruirlo, las críticas deben ser para mejorar, las críticas deben ser para mejorar y necesariamente toda inquietud, toda posibilidad de cambio estamos abierto a recibirla, lo que hemos planteado no es rígido.

Pero necesitamos también que los aportes sean con fundamentos y sean con el ánimo de mejorar la estructura presentada, yo les pido que en este sentido tengamos una actitud proactiva.

Situación de calificación N°9

FECHA Y HORA : 13 octubre 2008 - 09,30 - 10:30 Horas

PRESIDE : Director del Hospital

ASISTEN : Jefes de Servicios Clínicos, Administrativos y Subdirectores.

Explicitación del Director, con respecto a los procesos asociados a una negligencia médica:

En el caso de negligencias médicas, el Director del Hospital, constituye un comité que realiza una investigación interna, liderado por el Jefe de Servicio respectivo, llamada "sumario", que tiene como objetivo identificar las responsabilidades administrativas, no el aspecto legal. Luego, si hubo negligencia médica dicho comité identifica sus causas, por ejemplo: falta de instrumental médico, incumplimiento de los procedimientos establecidos. El aspecto legal es definido en los tribunales de la justicia y frente a una demanda primero va a declarar el profesional de salud involucrado y después el Director del hospital.

Director del Hospital: El próximo Jueves a las 11,00 hrs., concurrirá uno de los Asesores de Jurídica Regional, para explicar la Ley de Mediación, por lo que se invitará a todos los Jefes de Servicios y por su intermedio a todos los Médicos, Químicos Farmacéuticos, Odontólogos, Profesionales no Médicos como Enfermeras, Matronas, Tecnólogos Médicos, Kinesiólogos. Edgardo (se dirige al abogado), tú puedes explicar los principales temas que trata esta ley.

Abogado: Del primero de enero (2009) en adelante, si bien no expresamente, pero si en los hechos, los hospitales tienen un patrimonio propio y con ese

patrimonio van a responder tanto en lo positivo, como en lo negativo y en lo negativo podemos hablar de las negligencia médicas y de incumplimiento de contrato de compra ventas, por ejemplo si nos comprometimos a comprar jeringas o scanner y después no las quisimos comprar, nos podrían demandar por una indemnización civil, y que no tiene nada que ver con los médicos.

Ahora la Dirección Regional está cambiando la perspectiva, antiguamente se llegaba analizando los casos a la posibilidad de mediación y en definitiva lo que debiera ocurrir es que se remite contra el facultativo (profesional de salud) para efecto del cobro, cuando llegado el momento y después de los sumarios e investigaciones correspondientes se han encontrado razones administrativas y jurídicas para solicitar “ la repetición”, que es algo que se establece en la ley.

La repetición significa que, si el hospital pierde un juicio frente a un paciente y tiene que pagar por causa de uno de sus facultativos (profesionales de la salud), el hospital tiene la facultad para cobrarle al o los profesionales responsables.

Hay una costumbre en la dirección del Servicio de Salud del Maule, que no se ha aplicado este procedimiento, no se si en otros servicios ocurre, ahora con la autogestión se está replanteando esta situación. Es decir, si el hospital tiene que pagar frente a un juicio, se puede iniciar un juicio de repetición que establece la ley contra el profesional.

La idea que se converse, que se interiorice y que entre todos saquemos ideas en común, para finalmente no llegar a una situación como ésta. La idea principal es que no pague ni el hospital, ni el profesional de salud.

Jefe de Pediatría: Sí, pero tiene que venir el compromiso de hacer las cosas bien primero, ambas partes tienen que estar comprometidas.

Jefe de servicio de patología: Me quedó dando vuelta el concepto de “repetición”, eso afecta a todos incluso a los auxiliares. A mí las buenas intenciones me parecen muy bien, pero con un sistema así, me parece que hay que protegerse. En este sistema que estamos inmerso la protección va vía la contratación de seguros, porque eso es, son los que operan en la práctica. Porque si uno tiene que pagar cuatro millones de pesos o más por algo que no se le hizo al paciente, cómo se va hacer, no todos tienen la posibilidad de hacer las figuras

que hacen los empresarios y eso no es menor. Aquí los primeros van a tener que pagar, antes de que se produzca la revolución y se pare todo el mundo.

Jefe de Farmacia: Yo creo que lo que está pasando acá, es que se está acercando cada vez más el poder a quién tiene el derecho. En este momento los juicios son centralizados, pero quién es responsable de los profesionales de la salud son los hospitales, es decir, cada vez más el sistema se acerca más, para que el que hizo la acción responda por la acción. Y esos dentro de una institución pública es algo novedoso, porque estamos acostumbrados a la paternidad. Lo que dice “el doctor”, es muy cierto pero la pregunta es quién le va asegurar el auto a alguien que no sabe conducir. Yo creo que tenemos que revisar todos los procedimientos, tenemos que aprender a conducir y eso tiene que ver cómo se cumplen los protocolos y cómo se acreditan dichos protocolos.

Jefe de Servicio de Medicina: El hospital tiene que tener su grado de acreditación, desde el punto de vista de las infecciones intrahospitalarias, que nuevamente no vamos a aprobar, por lo tanto todas las infecciones hospitalarias que ocurran no son responsabilidad de los que participan, sino, que de la institución (hospital- director), mientras no se aprueben como tal y eso tiene que quedar muy claro desde el punto de vista legal, por qué no se está acreditando, obviamente hay personal que está haciendo acciones y que no tiene las competencias para hacerlo. De igual forma es la acreditación de los procesos de colocación de “sondas folius” y la colocación de “catéter”, el hospital tiene que tener la acreditación de los funcionarios, que tienen que estar acreditados y capacitados para realizar estas acciones, el no hacerlo también involucra una responsabilidad institucional (hospital- director).

Director del Hospital: Eso que tú dices indudablemente es así, también tiene que ver mucho con la cartera de servicio, en el sentido que quién de nosotros está acreditado para actuar y esa cartera de servicio en la región, está mal diseñada, está mal efectuada, porque se hizo una cartera de servicio, diciendo lo que uno más o menos hace y siguiendo las pautas de FONASA. La verdad de las cosas, todo eso son problemas que tenemos que solucionar, que tenemos que conversar, ir mejorando porque en rigor no estamos bien, tenemos que mejorar.

Jefe de Pediatría: La cartera de servicio se hizo desde los hospitales y no desde el Director de Redes, es el Director de Redes quien debería fijar las fronteras a los hospitales, en qué materia se va a trabajar, es decir se hizo al revés. Un ejemplo quiero dar (se dirige al Director del Hospital) de la campaña de invierno. No puedo concebir que se le entregue la responsabilidad a una persona determinada para pedirle qué medicamentos necesite y que ésta pida un medicamento que después no se usa, 2.800 unidades y no las han usado, los mismos que los pidieron. Entonces no entiendo, son montos de dinero que ahí están empozados, es decir, eso le corresponde al Jefe de Servicio hacerlo y la verdad es que no se puede dejar más tomar decisiones casi personales sobre un tema, por muy Jefe de Programa que sea. ¿A cuánto equivale esa cifra? (se dirige al Jefe de Farmacia).

Jefe de Farmacia: Eso que usted vio, a nivel país multiplíquelo por 20 y por programa.

Jefe de Pediatría: Las malas prácticas que ocurran en este hospital a partir de Enero (2009), será el hospital quien deberá pagarlas y no la Dirección de Salud Regional.

Por lo tanto debemos preocuparnos de hacer las cosas con mucho cuidado, empezar a llenar las fichas clínicas como corresponde, los consentimientos informados tienen que estar, si alguno de nosotros va a hacer alguna intervención en el paciente.

Todo lo que no se haga correctamente va a desequilibrar el presupuesto del hospital. Sí el hospital pierde un juicio, ya no será la región quien paga, deberá pagar el hospital y responder con su patrimonio frente a cosas negativas como por ejemplo las negligencias médicas.

Director del Hospital: Precisamente tú apuntas a cosas que son muy claras y reales, y en el sentido que tenemos que mejorar sobre todo nuestros registros y sobre todo los de la ficha clínica. Precisamente el Doctor García y yo el próximo jueves tendremos que comparecer a tribunales por dos casos, uno de nuestro hospital y otro del hospital de Talca, y la verdad que tanto el abogado de la región, el abogado del Hospital de Talca, como el nuestro están muy complicados, porque

precisamente los registros de la ficha clínica de los pacientes son absolutamente incompletos.

Entonces cómo hacer una defensa es redifícil, cómo demostrar que a lo mejor al paciente se le hizo todo lo que clínicamente se debió haber hecho. A lo mejor los médicos manifestaron lo que realmente se hizo, pero no está escrito y si no está escrito no vale nada, ese es el tema, nuestra ficha clínica adolece de un orden, no estamos acostumbrados a escribir, todo debería tener su orden.

Jefe de Cirugía: A mí me preocupa el registro de la prestación en la ficha clínica. La prestación macro, a lo menos yo hablo de cirugía, se puede obtener fácilmente de las estadísticas del hospital. Pero qué pasa con la prestación micro, curaciones, jeringas, medicamentos que se aplican al paciente en la salas ¿Quién los va a registrar, cómo se registra eso en la sala?. Ahí hay un punto de vista importante, ahí debería haber un formulario en donde se registra qué se usó y qué no se utilizó.

Jefe de Pediatría: Cuando hay un sistema computacional, eso sale en esas tiritas que salen cuando uno se opera en una clínica privada, ahí viene registrado todo.

Jefe de Urgencia: Yo quiero reafirmar lo que acaba de decir el doctor (Jefe de Pediatría), eso es relativamente fácil en la medida que exista la ficha médica electrónica, con el sistema de funcionamiento on line. El sistema no es la ficha clínica, que se llena después en el sistema electrónico, sino, que se llena de inmediato, acción a acción, momento a momento, con todos los datos que queramos ponerle. No es una cosa muy difícil de hacer, de hecho nosotros en urgencia tenemos una ficha clínica que está funcionando. Sí, hay una evaluación sucesiva y hay una epicris al final y eso con algún grado de dificultad, se puede implementar para todo el hospital, obviamente por etapas. El concepto es la ficha clínica electrónica y que la digitación sea on line. Ese es un concepto que vale la pena recalcar acá, porque no sirve la digitación diferida de los datos en una base de dato, tiene que ser por el actor que hace la acción y en el momento y si todo lo logramos alinear en un sistema los datos salen solos y fácilmente.

Director del Hospital: Bueno, así es como van surgiendo los temas que tenemos que ir solucionando. Yo espero que lo que conversamos aquí, ustedes lo puedan transmitir al personal que ustedes tienen a su cargo.

Situación de calificación N° 10

FECHA Y HORA : 03 de noviembre de 2008. Desde 09:30 a 10:30 Horas.

PRESIDE : Director

ASISTEN : Jefes de Servicios Clínicos, Administrativos y subdirectores.

Director del Hospital: De acuerdo a lo señalado en la reunión pasada, el Asesor Jurídico dará a conocer un resumen de la Ley de Hospital Autogestionado. Estamos organizando el Taller sobre autogestión para obtener mayor conocimiento y clarificar las dudas existentes; para este efecto se están realizando gestiones a nivel ministerial para la concurrencia de profesionales como el Dr. Cleofe Molina, para que nos colaboren en esta capacitación.

Pareciera que el Director del Servicio es el representante del Ministro, por lo que tendría facultades para objetar el presupuesto presentado por los hospitales autogestionados de su región, razón para que la confección de este presupuesto esté muy fundamentado, ya que eventualmente el Director Regional, podría manifestar objeciones ante el Subsecretario de Redes Asistenciales para modificarlo.

Abogado: La Ley N° 18.575 de Hospitales Autogestionados en Red, en primer lugar en artículo 22, establece que la administración superior y control del hospital le corresponde al Director. También indica que el Director del Servicio, para nuestro caso de la Región del Maule, no podrá interferir en el ejercicio de estas atribuciones ni alterar sus decisiones, sólo podrá solicitar la información que estime necesaria para el correcto ejercicio de sus funciones.

En el artículo 25 señala las funciones del Director y sus atribuciones, siendo algunas de ellas:

- Dirigir la ejecución de programas, acciones de salud, coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del establecimiento.
- Diseñar y elaborar plan de desarrollo del Hospital
- Organizar internamente el establecimiento y asignar tareas
- Elaborar presupuesto y presentar al Director del Servicio, quien posteriormente remitirá al Subsecretario Redes Asistenciales.
- Autonomía celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza.
- Celebrar contratos regidos por la ley 18.803
- Celebrar convenios con otros establecimientos de autogestión en red
- Celebrar convenios con otras instituciones para otorgar prestaciones de salud pactando precios y modalidades de pago.

Son atribuciones del Director del Servicio de Salud (Región del Maule), como por ejemplo:

- Velar y dirigir ejecución de planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial, determinar tipo de atenciones de salud de hospitales autogestionados y relación con los establecimientos de la red.
- Aprobar y modificar presupuesto de los establecimientos hospitalares no autogestionado.
- Designar a Directores de Establecimiento de Autogestión en Red
- Formular consideraciones y observaciones a los proyectos de presupuesto de los establecimientos de autogestión en red.

Esta presentación es un extracto de la ley, la que nos otorga una nueva visión de lo que comprende un hospital, una unidad clínica con un patrimonio propio, con personalidad jurídica propia y con competencia en la toma de decisiones.

Situación de calificación N° 11

FECHA Y HORA : 23 de febrero de 2009 - Desde 09,30 a 10:30 horas.

PRESIDE : Director

ASISTEN : JEFES DE SERVICIOS CLINICOS, ADMINISTRATIVOS Y
SUBDIRECTORES.

Director del Hospital: Respecto al pésimo resultado de la acreditación en I.I.H., la Subdirección Médica se encuentra recopilando los antecedentes para programar reunión con la Subdirección Gestión del Cuidado y Epidemiología y analizar en conjunto la evaluación de este programa y trabajar el plan de contingencia solicitado.

En atención a esta evaluación es necesario preguntarnos si estamos preparados para el cambio de la gestión administrativa orientada a Hospital Autogestionado. La mayor deficiencia es la falta de supervisión, probablemente por la reducción de RR.HH.; de todas maneras esta se realiza pero con una actitud pasiva de poca colaboración por parte de las Jefaturas de Servicios, dejando pasar muchas situaciones irregulares, como el no uso de la credencial, del uniforme correspondiente al estamento, desorden en el sistema de visita de pacientes, etc.

También esta Dirección asume su parte de responsabilidad, motivo por el cual se solicita a ustedes hacernos ver nuestras fallas para tratar de mejorar y podamos tener a futuro un hospital más ordenado y con normas de cuidado acordes a una Institución autogestionada

Uno de los principales problemas con lo que se han encontrado, es con el no registro de antecedentes en la Ficha clínica, como también el problema del flujo de este documento, registrándose una pérdida de un gran número de fichas clínicas, las que no vuelven de los Servicios al archivo de Estadística.

Jefe de Urgencia: Es habitual y costumbre de no registrar los antecedentes; la informatización del Servicio de Urgencia ha contribuido a la reducción total de la

pérdida de las fichas que allí se utilizan. La solución a este problema sería instaurar la ficha clínica electrónica.

Jefe de Informática: Existe un sistema informático con una base de datos que no sería necesario leer la ficha, pero es necesario que exista la disposición e interés de los Jefes de Servicios para utilizarlo. Actualmente estamos trabajando con Pabellón, con Sistema de Referencia y Contrareferencia con los 21 Establecimientos de Salud de la Provincia, como también con el Servicio de Urología en la atención de paciente en el Policlínico; esperamos que puedan incluirse otros Servicios para este nuevo sistema de registro de datos.

Situación de calificación N° 12

FECHA Y HORA : 11 de marzo 2009. Entre las 09,30 - 10.30 Horas.

PRESIDE : Director del Hospital

ASISTEN : Jefes de Servicios Clínicos, Administrativos y Subdirectores.

Director del Hospital: La gestión de cama, es algo que no comprendo en la nueva estructura del hospital, en este instante no se si por razones prácticas o profesionales, queda bajo la Subdirección de gestión del cuidado (dirigido por una enfermera), yo creo que es por razones profesionales. Pero, la gestión de camas también tiene que ver con la función de los médicos, porque los médicos por ejemplo suspenden las altas y como quien tiene que ver con los médicos es la Subdirección médica, entonces también queda bajo la dependencia de ésta. ¿Qué dice la subdirectora de gestión del cuidado?.

Subdirectora de gestión del cuidado (enfermera): Yo veo que tal como está presentado tiene bastante lógica, en la gestión de cama, participan los dos entes hay una parte médica que tiene que ver con la resolución médica, que se resuelva el problema de salud del paciente, es decir que se aplique el tratamiento al paciente, y por otro lado está la gestión del cuidado que tiene que ver con la optimización del recurso cama y la categorización del paciente, es decir en que tipo de cama se quedará. (existen cuatro tipo de camas).

Jefe de pediatría: Primero hay que preguntarse ¿qué se entiende por la cama?, en un hospital la cama está asociado a un diagnóstico, y quién da el diagnóstico y quién da el alta es el médico, entonces la cama está al servicio del médico y eso

no va a cambiar nunca, la Subdirección de Gestión del Cuidado, aparte de ver qué diagnóstico trae el paciente, para decidir dónde lo va ubicar, (cama intermedia,) no tiene ninguna otra función, pero eso viene dado por su diagnóstico dado por el médico y luego cómo evoluciona el paciente también depende del médico.

Subdirectora de gestión del cuidado (enfermera): Pero no sólo el diagnóstico porque así era en el sistema antiguo, ahora también está su nivel de dependencia y eso es responsabilidad de la gestión del cuidado.

Jefe de pediatría: Para mí el cuidado del paciente es complementario y no cambia el diagnóstico del médico.

Director del Hospital: Bueno, finalmente como lo definimos.

Jefes de servicios: (todos al mismo tiempo, expresan) usted decida bajo qué dependencia jerárquica queda la gestión de camas, para nosotros está claro.

Director del Hospital: Queda bajo la Subdirección médica, eso es lo que yo quería decirles desde un principio.

Situación de calificación N° 13

FECHA Y HORA : 18 de mayo 2009 - Desde 09,30 a 10.30 horas.

PRESIDE : Director del Hospital.

ASISTEN : Jefes de Servicios Clínicos, Administrativos, Subdirectores.

La Oficina de Calidad del Establecimiento realiza presentación respecto al trabajo realizado en el Establecimiento.

Encargada de Calidad y Seguridad: Daré a conocer el resultado de la auto evaluación en la aplicación de las Normas Técnicas Básicas de Calidad, instrumento aplicado a los distintos servicios del establecimiento en cuanto a los ámbitos de infraestructura, organización y RR.HH., que puedan incidir en las obligaciones básicas para otorgar una atención de calidad y seguridad.

A través de diapositivas se va mostrando el resultado de esta autoevaluación al 30 de Abril del presente; como por ejemplo requisitos Generales del Establecimiento, que obtuvo un 65% de cumplimiento, como también los resultados obtenidos por

los diferentes Servicios Clínicos; influyendo algunos bajos porcentajes, el no contar con señalética para no videntes, diferenciación de áreas limpias de áreas sucias, problemas de infraestructura, de equipamiento.

Director del Hospital: No cabe duda que con la infraestructura que tenemos, nos será imposible cumplir con estas pautas de calidad. En este proceso de calidad no sólo influye el equipamiento, el que tiene que ver con los recursos, sino también se hace necesario contar con la normalización del establecimiento para mejorar en cuanto a la infraestructura. Respecto a la calidad profesional, no cabe duda que ha influido la judicialización de la medicina. Los profesionales de la salud no debemos tener temor a las buenas prácticas.

Situación de calificación N° 14

FECHA Y HORA : 21 de mayo de 2009. Entre las 11:00 y 12 horas.

PRESIDE : Director del Hospital

ASISTEN : Director del Hospital, Subdirectora de Gestión del Cuidado del Paciente, Paramédicos que trabajan en el Servicio de Esterilización (15), Directora de Recursos Humanos, actual Jefa del Servicio de Esterilización, nueva Jefa del Servicio de Esterilización.

Observación dada por el Director al entrevistador antes de iniciar la reunión:

Este es un grupo muy conflictivo, la mayoría son Técnicos Paramédicos que no tienen cabida en otros servicios.

Es un servicio que se le debe empezar a dar importancia y los resultados no han sido buenos porque creemos que la persona que actualmente los dirige no lo está haciendo bien y no tiene las competencias para el cargo. Ella es una enfermera que tiene el cargo ganado para el servicio de esterilización en propiedad, pero cuando hay necesidades de otro tipo, nosotros tenemos que cambiar a nuestros funcionarios.

Integrantes de la reunión: Director: Yo tenía muchas ganas de juntarme con ustedes. La verdad es que esterilización es un servicio que ha crecido en importancia y en cantidad y yo creo que ustedes han tenido un gran puntal, la Sra.

Gladys, ella como jefa siempre los ha defendido y también ha defendido las funciones que ustedes realizan. Pero como ustedes saben a ella la necesitamos para un nuevo cargo en el hospital, como lo es la gestión de cama.

Por otro lado, ustedes saben que nos falta mucho por hacer con las infecciones intrahospitalarias, y que su control es importantísimo para el hospital. Hemos tratado de ampliar el sitio de lavado, yo se que usted trabaja un poco encerrado, pero estamos tratando que sea lo más agradable su lugar de trabajo, yo creo que a futuro va a quedar un poco mejor.

Técnico paramédico 1: Está bien, usted dice que el servicio se ha ampliado, pero estamos trabajando con el mismo personal, y estamos cansados, a veces no hay personal para hacer los turnos.

Director del Hospital: Ustedes saben que hemos presentado un proyecto y eso lo hemos hecho pensando en ustedes, pero ahora nosotros no podemos ampliar los cargos, ustedes saben que los cargos no los podemos ampliar, tenemos que trabajar con lo que hay.

Técnicos paramédicos 2: Doctor, nosotros necesitamos una anotación de mérito, porque la verdad es que trabajamos muy presionados, tratamos de sacar todo y la verdad es que realmente salimos muy cansadas.

Director del Hospital: Mira, yo creo que no hay lugar en el hospital en donde no pase lo mismo que planteas, y todos los servicio están con falta de personal, la complejidad del hospital hace que cada vez más se necesite más personal, y yo creo que cada vez será mayor, pero hay planes, ustedes saben, que es probable que venga una reestructuración del hospital, a lo mejor tendremos un hospital nuevo y la esterilización va ha tener un lugar distinto, bueno la esperanza no tiene que perderse.

Técnicos paramédicos 2: al menos hay esperanzas.

Director: Bueno el hecho que Gladys haya asumido una función "importantísima" en el hospital como lo es la gestión de cama. La gestión de camas es muy importante para el hospital, lo exige la nueva estructura de hospital autogestionado y lo ideal es que este a cargo de una enfermera. Bueno, ustedes saben que

tenemos falta de enfermeras, a ella la tenemos que sacar de esterilización y pedirle que se haga cargo de la gestión de cama y no es por ninguna otra razón. Por lo tanto le hemos pedido a la Sra. Edith, que se haga cargo del servicio de esterilización. Ella cumple con las características que requiere el cargo. Ella es Tecnólogo Médico y técnicamente es la más preparada para ocupar el cargo. Ustedes saben que la ley dice que el cargo no necesariamente puede ser ocupado por enfermeras, también puede ser ocupado por kinesiólogos o Tecnólogos Médicos, entonces la Sra. Edith se va hacer cargo de esterilización. Yo espero que ustedes le cooperen. Ahora hay algunos puntos que exige el cargo es que la Sra. Edith debe tener un curso de infecciones intrahospitalarias, ella empezará el curso el Lunes. Yo estoy seguro que ella también va a luchar por ustedes.

Director: Bueno, Gladys, tú quieres decirles algo.

Gladys: Bueno, yo les pido que sigan trabajando bien, que traten de trabajar en equipo, porque yo creo que hay grupos muy separados y yo creo que eso es muy malo para el hospital y especialmente para ellos que para el trabajo. Y así no se puede trabajar en un servicio pequeño y eso antes lo teníamos y yo sigo insistiendo que la relación en un servicio como éste es super importante y en la medida que ustedes estén trabajando bien se van a lograr otras cosas bonitas. Ustedes no se pueden sentir menoscabados por trabajar ahí, sino por el contrario, sino por el contrario ustedes están cumpliendo una labor muy importante para los pacientes. Mucha gente dice, ¡no!, pero yo estudie para atender pacientes, pero el preparar los materiales e instrumentos (lavado y esterilización), es la mejor forma de atender a los pacientes. Bueno los problemas que se presenten en ustedes, porque ustedes están juntos todo el día, son normales en un grupo de personas, pero tienen que ser manejadas y son las personas involucradas las que tienen que solucionar dichos problemas y las otras no tienen nada que ver, porque eso yo creo que ha sido el quiebre que ha habido en las personas. Es importante que se manejen de esa forma y que no todo el mundo opine de lo que sucedió.

Situación de calificación N° 15

FECHA Y HORA : 18 de Junio 2009. Entre las 11:00 y 12 horas.

PRESIDE : Director del Hospital

ASISTEN : Director del Hospital, Subdirectores, Jefes de Centro de Responsabilidad.

Director del Hospital: Hoy día he reunido a los subdirectores para presentarles a ustedes la nueva estructura administrativa del hospital. Está aquí con nosotros la Sub directora Administrativa, El Subdirector Médico Externo (Jefe de Pediatría), El Subdirector Médico Interno (hospitalizados) y la Subdirectora de Gestión del Cuidado y el Director.

Nosotros planteamos y hemos invitado a todos los Jefes de Centro de Responsabilidad, después vamos a entrar al organigrama y ahí vamos a ir nombrando a los Jefes de Centro de Responsabilidad.

Hay muchas dudas, dudas de parte de nosotros, dudas de parte de ustedes y dudas de parte del personal. Pero también hay gente que se hace la desentendida, así como también hay gente que está interesada en el nuevo proceso y digo que se hace la desentendida, porque la semana pasada un Jefe de Centro de Responsabilidad conversó con un profesional (médico) y cuando le habló de esta nueva metodología por Centro de Responsabilidad, se hizo como que no sabía nada y yo sé que esa persona a recibido información, es verdad que no ha recibido capacitación, pero sí hemos entregado información en el servicio donde trabaja. Por eso digo que hay gente que entiende y hay gente que no quiere entender.

Si tomamos la fecha que ha dado el Ministerio, la entrada en vigencia de los Centros de Responsabilidad se aplazará hasta el 10 de Febrero del 2010, entonces tenemos estos 7 meses para aprender y sobre todo para aprender a comunicarnos, porque problemas de comunicación vamos a tener. Por ejemplo quién firmará los permisos, cuando no esté el Jefe de Centro de Responsabilidad.

Yo he pedido a los Jefes de Centro de Responsabilidad del área médica que asuman una responsabilidad administrativa y sé que indudablemente eso les va a

restar horas de atención clínica, lo que es bastante complicado por el poco profesional que tenemos, pero esto tampoco es algo automático, el hecho de que partamos el primero de julio, nos ayuda a que dichas funciones administrativas las asumamos paulatinamente, para no entorpecer las funciones clínicas planificadas. Yo sobre todo les pido que lo tomemos con entusiasmo, esto es una tremenda responsabilidad que asumimos, creo que el hospital tiene algunas ventajas comparativas en relación a otros hospitales, creo que tenemos un grupo de profesionales entusiasmados y creo que esta situación se va reflejar en el aprendizaje que vamos a tener en estos siete meses. Por lo tanto yo lo único que les pido es colaboración, un liderazgo positivo y si en algún momento ustedes encuentran que no está bien, mejor den un paso al lado, porque esto nosotros tenemos que sacarlo adelante sí o sí, de alguna forma. Yo espero y confío en cada uno de ustedes.

Situación de calificación N° 16

FECHA Y HORA : 25 de Junio 2009. Entre las 11:00 y 12 horas.

PRESIDE : Director del Hospital

ASISTEN : Jefes de Servicios Clínicos, Administrativos, Subdirectores.

“Representantes del Departamento de Bienes Físicos de la Dirección de Salud Regional, realizan una exposición de la proyección de la capacidad de producción del nuevo hospital a construirse en la ciudad, en reemplazo del actual.”

Jefe de Pediatría: ¿Cómo se condice el estudio que ustedes acaban de presentar con el concepto de Hospital de Alta Complejidad que establece el MINSAL?. ¿Cómo se incorpora en su estudio el envejecimiento de la población?, deberían considerarse los grupos etarios por cada servicio. ¿Cuál es la estrategia de la región de aquí a 10 o 20 años?. Lo que ustedes están planificando responde más o menos a lo establecido en esa estrategia.

El hospital de Curicó debería ser un hospital de alta complejidad, pero en la práctica no lo es, no existen los recursos para ello. Yo todavía no entiendo la alta complejidad de este hospital, por ejemplo no existen camas de cuidados intensivos para niños. Ahora tenemos que hacer la programación para un hospital

de alta complejidad de verdad. Por lo tanto en el nuevo proyecto se debe incorporar los recursos de acuerdo a la categoría de hospital que se está construyendo. Ustedes vienen de la Dirección Regional, pero se tienen que colocar la camiseta de este hospital, en la práctica su sueldo lo pagamos nosotros, los hospitales.

Jefa UCRA (Unidad coordinadora de redes asistenciales): Los coeficientes técnicos que presentan, como el número de camas, no se ajustan a la realidad y normalmente se construye un hospital más chico de lo que necesita la población. Todas las patologías se debieran planificar de acuerdo a la prevalencia de la patología y dependiendo del nivel de ruralidad.

Jefe de Pabellón: Es necesario tener clara la disponibilidad de espacio físico, ¿dónde se va a construir?, si es en este mismo espacio, lo debemos saber con mucha anterioridad, porque hay que realizar esfuerzos de coordinación y eso ustedes lo deberían saber, ¿ustedes tienen experiencia en construir hospitales?.

Jefa UCRA (Unidad coordinadora de redes asistenciales): Nosotros necesitamos la autorización sanitaria para funcionar, los hospitales que están en proceso de normalización deberán indicar si se pueden realizar actividades de reparación y por lo tanto necesitamos una respuesta pronto, para poder intervenir.

Jefe de Pediatría: Yo creo que esa pregunta no cobra relevancia. Este hospital es siamés. ¿Cómo se podría pensar en construir otro edificio al lado?. Por lo tanto está claro se tiene que pensar en construir en otro lugar de la ciudad.

Director del Hospital: Agradezco su presentación. Para nosotros viene una etapa de mucha colaboración, especialmente de los servicios clínicos para recabar y entregar la mejor información, para proyectar la construcción de nuestro nuevo hospital.

Yo comparto lo que dice el doctor (Jefe de Pediatría), no se puede construir en este espacio físico.

Situación de calificación N°17

FECHA Y HORA : 30 de Junio 2009. Entre las 11:00 y 12 horas.

PRESIDE : Director del Hospital

ASISTEN : Jefes de Servicios Clínicos, Administrativos, Subdirectores.

Jefe de Cirugía: hola

Enfermera: hola, permiso

Jefe de Cirugía: adelante qué le pasa.

Enfermera: Perdón 5 minutitos nada más, son cosas chicas, quería pedirle un favor, sabe es que tengo un problema con 2 pacientes

Jefe de Cirugía: habla más fuerte que no te escucho

Enfermera: con 2 pacientes tengo un problema, quería pedirle un favor, porque son ingresos de traumatología y creo que hoy día hubo problema en pabellón no se qué pasó que el Doctor no pudo venir, así que quería ver si usted me podría repetir las indicaciones para los pacientes.

Jefe de Cirugía: no en trauma yo no te voy a corregir nada, no porque es una irresponsabilidad del médico.

Enfermera: y cómo lo hago entonces

Jefe de Cirugía: tú tienes que hablar con alguien de traumatología, hay un jefe de traumatología el Doctor Rodríguez, será ubicable?

Enfermera: y usted no es el jefe de todo?

Jefe de Cirugía: No

Enfermera: aaa es que yo no entendía eso?

Jefe de Cirugía: indudablemente yo soy el jefe de todo, mañana podría hablar con él.

Enfermera: aaaa ya

Jefe de Cirugía: pero no le voy a estar corrigiendo a su especialidad, a su especialidad tiene que corregirla el traumatólogo

Enfermera: ya y esta ficha tampoco

Jefe de Cirugía: qué es esto

Enfermera: también era un ingreso (paciente) de ayer

Jefe de Cirugía: de quién es?

Enfermera: no, no se le asignado un médico

Jefe de Cirugía: es de cirugía

Enfermera: eee

Jefe de Cirugía: de qué es?

Enfermera: una lucsufractura al tobillo

Jefe de Cirugía: lucsufractura

Enfermera: de traumatología también

Jefe de Cirugía: ahí estás favoreciendo un grave daño!!!!

Enfermera: ya

Jefe de Cirugía: entiendes no hay que hacer eso jamás!!!

Enfermera: ya

Jefe de Cirugía: llama al doctor y decirle sabe pasa esto, Doctor Rodríguez traumatólogo

Enfermera: ya

Jefe de Cirugía: y ándate a personal y diles si tienes el teléfono y lo llamas ¡

Enfermera: ya, de esa forma me puede ayudar?

Jefe de Cirugía: exactamente

Enfermera: ya es que tenía la duda y no sabía bien como hacerlo

Jefe de Cirugía: no tienes que hacerlo así

Enfermera: ya

Jefe de Cirugía: porque tienes que hacerlo sentir responsable, que la cosa está mala!!!

Jefe de Cirugía: El problema básico es de que no trabajamos en equipo, eso es fundamental, fundamental, por ejemplo ayer, usted puede ver que un traumatólogo estaba operando y que pasó con el otro traumatólogo?, él estaba en la sala y porque no vió al paciente, es tan responsable como el otro que no lo vió, eso es equipo.

Enfermera: ya Doctor, gracias

